

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA VÍTIMA DE CATÁSTROFE/  
EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS: UMA  
ABORDAGEM INTEGRADA**

**Elsa Maria Lira Jardim Sousa**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica**

**Funchal, 2019**

[Comentários]

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS  
À PESSOA VÍTIMA DE CATÁSTROFE/  
EMERGÊNCIA MULTIVÍTIMAS: UMA  
ABORDAGEM INTEGRADA**

**Elsa Maria Lira Jardim Sousa**

**Orientadora: Professora Doutora Luísa Santos**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.  
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica**

**Funchal, 2019**

**[Comentários]**

Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.

Fernando Pessoa (1933)

Dedico este trabalho à minha família...

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho reflete um percurso que idealizou a obtenção de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Parafraseando Lewis Carrol (1865) “para quem não sabe para onde vai, qualquer sítio serve”. Sob esta perspetiva e ciente dos meus objetivos, planeei cuidadosamente cada passo desta jornada.

Reconheço que o culminar deste processo não teria sido exequível sem as pessoas e as entidades que o facilitaram e a quem, com o maior apreço, manifesto o meu honesto reconhecimento:

À **Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**, pela realização deste Curso de Mestrado;

À **Secretaria Regional da Saúde**, ao **Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira** e respetiva **Direção de Enfermagem**, por conceder e viabilizar a licença de equiparação a bolseiro;

Ao **enfermeiro chefe do Serviço de Medicina Intensiva, Abel Viveiros**, por ser um agente facilitador da aprendizagem da equipa que lidera;

À **Professora Doutora Luísa Santos**, pela inspiração e orientação facultadas durante a realização deste relatório e ao longo do curso;

À **enfermeira Ana Neves**, tutora da minha prática na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de São João – Porto, ao enfermeiro chefe José Cerqueira e a toda a sua equipa, pelos ensinamentos e pela amabilidade como que me acolheram;

Ao **enfermeiro Leonardo Ribeiro**, tutor da minha prática no Serviço de Emergência Médica Regional, pelo exemplo de dedicação a uma causa maior no âmbito da sua atividade profissional;

À **equipa do Serviço de Emergência Médica Regional**, por todas as partilhas e oportunidades de aprendizagem proporcionadas;

Ao **enfermeiro Tiago Augusto**, tutor da minha prática no Instituto Nacional de Emergência Médica, pelas experiências proporcionadas;

Ao **enfermeiro Pedro Vasconcelos**, coordenador da ambulância de Suporte Imediato de Vida – Lisboa, e à sua excelente equipa, pelos conhecimentos, partilhas e motivação transmitidos;

Ao **enfermeiro Ludgero Gonçalves**, chefe do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça – Funchal, pela orientação e disponibilidade manifestados durante a minha prática naquele serviço e no âmbito da realização deste curso de mestrado;

Ao **enfermeiro Vítor Correia**, pelos saberes transmitidos e pelas partilhas concretizadas ao longo deste processo formativo e no âmbito do exercício da sua profissão;

Ao ***Madeira International Disaster Training Center***, pela colaboração;

Aos **administradores e colaboradores da FEMÉDICA e Hospital Particular da Madeira** pela oportunidade ímpar de poder participar nos seus eventos;

Aos **colegas de mestrado**, em especial aos **enfermeiros Rosário Gomes, Andreia Malho e Orlando Fernandes**, por me acompanharem nesta aventura;

Aos **colegas de trabalho**, pelo incentivo e por colmatarem as minhas ausências;

À **colega e amiga Sónia Vasconcelos**, pela amizade, companheirismo, incentivo e pelo exemplo de excelência profissional;

Ao **colega e amigo António Abreu**, pela amizade, solidariedade e por me ter ajudado a caminhar neste processo;

Aos meus **amigos de sempre e para sempre**, por acreditarem;

À **minha querida família**, em especial à **minha mãe e irmã**, meus exemplos de vida, meus pilares... por acreditarem, incentivarem, respeitarem e compreenderem as minhas tão prolongadas ausências.

Ao **meu esposo, amigo e companheiro**... pelo apoio incondicional, pela motivação nos dias menos coloridos e por acreditar sempre, tal como eu, que os sonhos se concretizam.

**A todos, um bem-haja!**

## RESUMO

O presente relatório de estágio integra-se no âmbito do terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, e a sua apresentação e discussão pública pretende a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ambiciona, através de uma análise reflexiva acerca do percurso profissional e académico, espelhar todo um processo de refinamento de saberes e edificação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, culminando com o relato demonstrativo das competências de Mestre em Enfermagem adquiridas.

Expõe uma análise centrada nos contextos do exercício profissional em serviços de urgência e cuidados intensivos e nas práticas clínicas enquadradas nas unidades curriculares Estágio I – Urgência, o Estágio II – Cuidados intensivos e Estágio III – Opção do CMEMC, narrando à luz da evidência científica atual e reflexão na ação, o processo de construção de competências especializadas, proporcionado quer pelos contextos quer pela realização de atividades identificadas como promotoras de aprendizagem e desenvolvimento.

Nos três capítulos estruturantes, exhibe um percurso de aprendizagem relativo ao cuidado especializado de Enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de catástrofe e emergência multivítimas, numa abordagem integrada desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

Enfatiza a vulnerabilidade subjacente às situações de catástrofe e emergências multivítimas para o indivíduo, família e comunidade e fundamenta a pertinência da intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica neste campo de ação, percecionando-o como um agente facilitador no planeamento e implementação de estratégias de saúde, contribuindo para a realização de processos de transição saudáveis, determinantes em todas as fases do socorro e do designado ciclo da catástrofe.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Competências, Médico-Cirúrgica, Emergência, Catástrofe, Multivítimas.

## **ABSTRACT**

The following internship report is integrated in the master's degree for Medical-Surgical Nursing, from the nursing school São José de Cluny. Its presentation and public discussion is intended to obtain a degree of Master in said course.

Through a reflexive analysis about the professional and academic career, it's intended to show the refinement of knowledge and build-up of common and professional expertise specific to the nurse specialised in medical-surgical nursing, culminating with the demonstrative report of competences acquired as Master of Nursing.

The analysis is based in the context of professional practice in ER and ICU services and in the clinical practices fitting the curricular units Internship I - Emergency, Internship II - Intensive Care and Internship III - Option of CMEC, narrating in the light of actual scientific evidence and action reflexion, the process of constructing specialised competences, delivered either by context or by the performance of activities identified as promoters of learning and development.

In the three structuring chapters, displays a learning path relative to the specialised care of nursing to the person in critical situation victim of catastrophe and multiple victims emergency, with and approach integrated from the pre-hospital to in-hospital.

It emphasises the vulnerability underlying the situation of catastrophe and emergencies multi-victims to the individual, family and community and bases the relevance of the intervention of the nurse specialised in nursing to the person in critical situation in this field of action; perceives it as a facilitator agent in planning and implementing health strategies, contributing to the healthy transition process, determinant in all the rescue phases and the designated cycle of catastrophe.

**Key-words:** nursing, competences, medical-surgical, emergency, catastrophe, multi-victims.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABSC – Ambulância de Socorro

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC – Acidentes Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behaviour Pain Scale*

CB – Corporações de Bombeiros

CHUSJ – Centro Hospitalar e Universitário de São João

CIC – Centro Integrado de Comunicações

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRED – *Centre for Research on The Epidemiology of Disasters*

CROS – Comando Regional de Operações de Socorro

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ECPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EMIR – Equipa Médica de Intervenção Rápida

EMT - *Emergency Medical Teams*

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

ESTES – *European Society for Trauma and Emergency Surgery*

HNM – Hospital Dr. Nélcio Mendonça

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde  
ICN – *International Council of Nurses*  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
MACSIM – *Mass Casualty Simulation*  
MIUT – *Madeira Island Ultra Trail*  
MRMI - *Medical Response to Major Incidentes*  
MRO – *Mass Rescue Operation*  
MRSA – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina  
NAS – *Nursing Activities Score*  
NIRS – *Near Infrared Spectroscopy*  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OM – Ordem dos Médicos  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
PAM – Pressão Arterial Média  
PEE – Plano de Emergência Externa  
PIC – Pressão Intracraniana  
PMA – Posto Médico Avançado  
PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PPC – Pressão de Perfusão Cerebral  
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos  
PREPCRAM – Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira  
PSP – Polícia de Segurança Pública  
RAM – Região Autónoma da Madeira  
RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*  
RCP – Reanimação Cardiopulmonar  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros  
SAMUR – Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPC – Serviço Regional de Proteção Civil

STAT – Sistema de Triage e Atendimento Telefónico

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCCC – *Tactical Combat Casualty Care*

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS – *Therapeutic Intervention Score System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

UCIPU – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência

VIC – Viaturas de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – *World Health Organization*

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE CATÁSTROFE/ EMERGÊNCIAS MULTIVÍTIMAS .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Cuidados de saúde em catástrofe e emergências multivítimas.....</b>	<b>201</b>
<b>1.2. Enfermagem em catástrofe: que competências? .....</b>	<b>233</b>
<b>2. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. Contextos da prática e o reflexo de um percurso .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2. Um cuidado especializado .....</b>	<b>47</b>
2.2.1. A pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica .....	478
2.2.2. A pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe .....	67
2.2.3. A prevenção, intervenção e controle de infecção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica .....	745
<b>3.O CONSTRUTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>92</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Quadro de Competências de Enfermagem em Catástrofe.....	25
Figura 2 - Competências de Mestre.....	83

## **INTRODUÇÃO**

Numa sociedade assinalada pelo constante desenvolvimento técnico e científico nas diferentes áreas do saber, novos conceitos de evolução profissional emergem face a novos modelos de gestão organizacional. Perante esta conjuntura, o desenvolvimento de competências ergue-se como um modelo estratégico no âmbito do exercício profissional.

No sector da saúde e na Enfermagem em particular, este modelo promove a capacidade interventiva, a segurança, a qualidade dos cuidados prestados e promove a satisfação do cliente.

Numa análise retrospectiva, a Enfermagem concebeu ao longo da sua história, um corpo de conhecimentos cujo arcabouço é produto de um processo dinâmico entre a investigação e a prática do cuidar, assim expresso pelo desenvolvimento de conceitos e teorias.

Na sua base conceptual, identificamos pontos de congruência provenientes das diversas teorias de Enfermagem, designadamente no que tange aos conceitos de pessoa, ambiente e binómio saúde/ doença. Quando aliados a princípios e valores universais, estes aspetos intemporais, orientam para uma prática do cuidar mais humanizada e centrada nas necessidades da pessoa.

Na busca permanente pela excelência profissional e perante a complexidade do cuidar da pessoa nas suas múltiplas dimensões, os enfermeiros integram processos de formação, enquanto protagonistas de um *continuum* de aprendizagem. A atualização de conhecimentos e a investigação promovem a prática refletida, autónoma, baseada na evidência e, portanto, mais competente e facilitadora do processo de tomada de decisão.

O construto de saberes emerge assim como resposta às necessidades oriundas da prática, numa perspetiva de promoção da segurança do doente e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste enquadramento, os processos de aprendizagem representam um dever para com a profissão, tal como elucida o Código Deontológico.

O meu trajeto profissional teve início há 14 anos e decorreu essencialmente em ambientes de urgência, emergência e cuidados intensivos. Nestes, pude beneficiar de um contato privilegiado com o doente crítico, área que reconheço como de acentuado interesse pessoal e profissional. A pessoa em situação crítica, segundo o Regulamento nº 429/2018, relativo às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-

Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19363).

O trilha profissional norteou-se pelas premissas do Código Deontológico, pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Alicercei a minha conduta na defesa dos direitos humanos, nos princípios humanistas e no respeito pela liberdade, dignidade e valores intrínsecos à pessoa alvo dos meus cuidados.

Sendo a Enfermagem uma ciência que se reporta ao cuidado humano nas suas múltiplas dimensões, na senda de aprimorar o saber e desenvolver competências na vertente dos cuidados ao doente crítico e família, surgiu a oportunidade de ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC). A procura por uma prática mais segura e proficiente para o beneficiário dos meus cuidados, esteve na génese da decisão de enveredar por este nível de ensino.

O benefício das especialidades em Enfermagem coaduna-se com os objetivos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual através da implementação de uma política de saúde de proximidade, ambiciona a melhoria na equidade no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e a qualidade dos serviços.

A prática especializada em Enfermagem, surge do desenvolvimento de competências clínicas decorrentes do aprofundamento dos domínios de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um conjunto de domínios, aceites como competências comuns e face ao conjunto de saberes desenvolvido num campo de intervenção definido, estabelecem-se os perfis de competências específicas e os padrões de qualidade dos cuidados inerentes a essa área de especialidade.

O presente relatório de mestrado surge no âmbito do terceiro CMEMC, promovido pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), e vai de encontro ao plano de estudos relativo ao Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica daquela instituição, conforme descrito no despacho nº 8046/2015. Pretende narrar o processo de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O processo de aprendizagem a que me propus enquanto discente deste mestrado, integrou três momentos de prática clínica, a referir: o Estágio I – Urgência, o Estágio II –

Cuidados Intensivos e o Estágio III – Opção. Nestes, assumi como referencial os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Atendendo à experiência profissional e ao percurso formativo realizado, de acordo com o Regulamento nº 506/2014 de 10 de Novembro, referente à Creditação de Formação e Experiência Profissional da ESESJC, foi requerida e concedida creditação às unidades curriculares de Urgência/ Emergência e Estágio I – Urgência.

O Estágio II – Cuidados Intensivos, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Urgência (UCIPU) do Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), no Porto e o Estágio III, integrando três componentes, decorreu no Serviço de Emergência Regional (SEMER), no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélcio Mendonça (HNM).

A prática clínica Estágio III – Opção surge no enquadramento do Projeto de Autoformação elaborado no âmbito da unidade curricular de Gestão, Formação e Supervisão em Enfermagem, indo ao encontro da área de opção elegida pelo mestrando. Neste sentido, após uma reflexão crítica acerca do que percecionei enquanto lacunas na área do saber, no domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e ponderando o meu interesse pessoal e profissional, sobreveio o cuidado especializado à pessoa em situação crítica vítima de catástrofe e emergência multivítimas, numa perspetiva integrada desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

As situações de catástrofe e emergência multivítimas exibem grande impacto na comunidade onde ocorrem, salientando condições de vulnerabilidade para o indivíduo, família e comunidades. No domínio dos cuidados de saúde, este fenómeno releva a necessidade de soluções integradas num processo contínuo que se inicia no pré-hospitalar, continua no intra-hospitalar e culmina no regresso à comunidade.

A operacionalização da resposta em contexto de catástrofe envolve profissionais de diversas áreas num complexo trabalho de equipa. Os enfermeiros representam na generalidade dos países, o maior grupo profissional na área da saúde, integrando equipas de resposta de intervenção rápida, coordenação e gestão em situações de emergências com múltiplas vítimas e catástrofe. Neste contexto, influenciam o desenvolvimento de abordagens integradas, reveladoras de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.



Este documento encontra-se organizado em três capítulos que refletem a compilação dos principais subsídios adquiridos nos contextos de aprendizagem, previamente fundamentados e detalhados nos portefólios e relatórios subjacentes aos estágios. No primeiro capítulo efetuar-se-á um enquadramento da temática, e fundamentar-se-á a premência de uma prática de Enfermagem mais competente e especializada no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de catástrofe/ emergência multivítimas. No segundo capítulo traduzir-se-á o processo de edificação de competências mediante um relato alusivo aos contextos de aprendizagem e dos quais evidenciar-se-ão as vivências promotoras do desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista e das específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica. Finalmente no terceiro capítulo, mediante uma análise crítico-reflexiva relativa às atividades realizadas e às experiências e vivências percecionadas no CMEMC, demonstrar-se-á o construto de competências de segundo ciclo, ou seja, conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem.

Adotar-se-á a metodologia descritiva e crítico-reflexiva, alicerçada pelos referenciais da profissão e cimentada por evidência científica atual, decorrente de pesquisa bibliográfica, pesquisa em bases de dados eletrónicas, da análise e pensamento crítico.

## **1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE CATÁSTROFE/ EMERGÊNCIAS MULTIVÍTIMAS**

Na era da globalização, as transformações sociais, económicas e tecnológicas sucedem a um ritmo acelerado, tendo viabilizado nas últimas décadas a melhoria da qualidade de vida das populações. Contudo, a busca continuada pelo aperfeiçoamento dos padrões de vida, traduziu-se na intercessão do Homem com a natureza, fomentando alterações climáticas com efeitos permanentes e passíveis de acentuar o risco de catástrofes naturais. O aumento da densidade populacional e a sua fixação em zonas de risco propiciam a procura de recursos, enquanto as assimetrias entre países ricos e pobres motivam a instabilidade política e incitam conflitos armados e ações terroristas.

É do conhecimento geral que as situações de catástrofe afetam milhões de pessoas anualmente. De acordo com o CRED - *Centre for Research on The Epidemiology of Disasters* (2019), em 2018 ocorreram 315 catástrofes naturais que afetaram aproximadamente 68 milhões de pessoas e atingiram mortalmente 11 804 pessoas. Entre 1998 e 2017, as catástrofes naturais causaram cerca de 1.3 milhões de mortes e outros 4.4 biliões de feridos e desalojados. Apesar dos eventos mais mortais se correlacionarem com fenómenos geofísicos (terramotos e tsunamis), 91% das catástrofes decorreram de inundações, furacões, tempestades, secas, ondas de calor e outros eventos associados a situações climáticas extremas. Os países pobres revelaram maior taxa de mortalidade, sugerindo uma probabilidade de morte sete vezes maior comparativamente aos países ricos.

Esta informação é concordante com os dados publicados pelo *World Health Statistics* relativamente ao período de 2012-2016, demonstrando que a par de uma maior taxa de mortalidade nestes países, verificou-se um socorro humanitária menos eficiente. A mesma fonte estima que em 2016, 180 000 pessoas morreram na sequência de guerras e conflitos armados (*World Health Organization*, 2018).

A morbilidade e a mortalidade inerentes às lesões sustentadas pelas vítimas na sequência desses eventos tende a ser elevada, com repercussões sociais e económicas avultadas na comunidade onde ocorrem.

Os eventos deste cariz ocorridos em Portugal Continental, nos últimos 50 anos, foram essencialmente de origem natural. As ondas de calor, as cheias e os incêndios foram

os mais mortais, sendo que a onda de calor de 2003 e os incêndios de 2017, provocaram respetivamente 2696 e 109 vítimas mortais, respetivamente (Freitas, 2011 & Martins, 2018).

Na Região Autónoma da Madeira (RAM), salienta-se o acidente aéreo ocorrido em Novembro de 1977, que vitimou mortalmente 131 passageiros (Direção Geral da Aeronáutica Civil, 1977); o acidente com um autocarro de turismo em 2005, em São Vicente, com cinco vítimas mortais (Nóbrega, 2005); a aluvião de Fevereiro de 2010, que provocou 43 mortos e centenas de desalojados (Silva, Almeida, e Gomes, 2010); os incêndios florestais de 2016, que vitimou mortalmente três pessoas (Ordem dos Engenheiros, 2016); a queda de uma árvore no arraial de Nossa Senhora do Monte em 2017 e que acarretou 13 vítimas mortais e 52 feridos (Dias & Suspiro, 2017) e mais recentemente, a 17 de Abril de 2019, um acidente com autocarro de turismo que provocou 29 mortos e 22 feridos (Ferreira, 2019).

São apresentadas várias classificações para episódios desta índole. Porém, a maioria dos autores categorizam os mesmos como sendo de origem humana ou natural.

Lenquist (2012) considera que as situações com múltiplas vítimas ou de catástrofe são consequentes do desenvolvimento tecnológico, intencionalmente causadas pelo Homem ou desencadeadas por fenómenos naturais.

Na aceção do autor, os eventos decorrentes do desenvolvimento tecnológico incluem as situações relacionadas com matérias perigosas, incêndios em edifícios ou fábricas, acidentes com meios de transporte, eventos *mass gathering* e as perturbações nos sistemas de tecnologia e informação. No que tange às ocorrências causadas intencionalmente pelo Homem, estas compreendem os conflitos armados e os ataques terroristas. Finalmente, os eventos decorrentes de alterações da natureza, podem ser classificados como sendo de ocorrência súbita (terramotos, vulcões, tsunamis, cheias, ventos fortes) ou gradual (seca e fome, pandemias e emergências complexas).

A literatura é pouco consensual relativamente às aceções de catástrofe e emergências multivítimas. Para a *World Health Organization* (WHO), as catástrofes acarretam perdas humanas, materiais, económicas e ambientais a um nível cujas necessidades excedem a capacidade de resposta e perturbam o funcionamento daquela comunidade (2008).

Madigan (2018) e Kollec (2013) corroboram esta interpretação e elucidam que a catástrofe implica mais necessidades do que aquelas que uma comunidade consegue suportar.

Outros autores atentam que a catástrofe é o culminar de vários eventos adversos sobre um ecossistema vulnerável e portanto, passível de gerar danos humanos, materiais e ambientais de elevado impacto social e económico (Mello, Witt, Dorneles, & Marin, 2013).

Assim, depreendemos que o impacto destas situações depende de um processo interativo entre a magnitude do evento e a vulnerabilidade do meio onde ocorre.

Lynn (2019) diferencia catástrofe de emergências multivítimas. Explica que a catástrofe é um acontecimento natural ou provocado pelo Homem, capaz de gerar danos estruturais, perda de vidas humanas e mudanças ambientais drásticas a médio e a longo prazo. Por outro lado, descreve as emergências com múltiplas vítimas como eventos onde as necessidades excedem de forma temporária a capacidade das equipas de socorro em prestar cuidados adequados a todas as pessoas, em simultâneo. Identifica neste contexto um estado temporário de insuficiência, em particular no que remete aos recursos materiais, humanos e à capacidade de resposta dos SU e unidades de cuidados intensivos (UCI).

Em Portugal, a Lei nº 80/ 2015, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, no seu artigo 3.º, diferencia acidente grave de catástrofe, definindo acidente grave como “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 5311) e catástrofe como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5311).

Neste domínio, o INEM adota ainda o conceito de situação de exceção, que descreve como sendo um “acidente com elevado número de vítimas, incêndios florestais, incêndios urbanos/ industriais e intoxicações, sendo também habitual embora, normalmente, sem grande número de vítimas, fenómenos naturais como aluviões, cheias e/ ou inundações, ondas de calor e vagas de frio ” (2012, p. 12). Considera ainda que no campo da prestação de cuidados de emergência médica, um evento de exceção inclui qualquer situação de desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis.

O Regulamento n.º 361/2015, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aceita a definição de catástrofe apresentada na Lei de Bases da Proteção Civil e descreve emergência multivítimas como uma

situação que envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática dos cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (2015, p.17240).

Neste enquadramento, interessa ainda analisar os eventos *mass gathering*. Segundo a WHO (2015), estes acontecimentos abrangem um número específico de pessoas (que pode variar entre 1 000 e 25 000 pessoas) num determinado local e com um propósito particular (circunstância de cariz social, desportivo ou que envolva um grande público). A logística e segurança implícitos são determinados de acordo com as particularidades do acontecimento. Para Kollec (2013), os eventos *mass gathering* expõem vários níveis de risco e padrões de morbilidade e mortalidade, susceptíveis de culminar em catástrofe ou emergência com múltiplas vítimas.

Face ao exposto, medidas proativas devem ser adotadas com o intuito de mitigar a vulnerabilidade e promover a resiliência das comunidades afetadas.

Atendendo às particularidades inerentes à catástrofe, distintos autores caracterizam o acontecimento e a sua gestão, em diferentes fases. Estas integram o designado ciclo de vida da catástrofe, espelhando assim o seu carácter dinâmico. Nesta sequência, Partridge, Proano e Marcozzi (2012), descrevem quatro estádios: a mitigação, a preparação, a resposta e a recuperação.

A fase de mitigação consiste no reconhecimento das vulnerabilidades e na identificação dos recursos necessários no âmbito da prevenção. Alude a um conjunto de estratégias para eliminação ou redução do impacto através da implementação de medidas decorrentes da avaliação dos riscos daquela comunidade. Este processo acarreta alterações nas infra-estruturas e esforços que promovam a resiliência. A fase de preparação compreende planeamento, organização e treino. Na fase de resposta, são concretizadas medidas de busca e salvamento que incluem a mobilização dos profissionais de emergência e procedimentos de resposta instituídos pelo governo local, incluídos nos planos de catástrofe. A fase de recuperação é finalmente iniciada assim que a ameaça à vida humana diminui, com o objetivo imediato de normalização da comunidade afetada.

Equacionadas as perspetivas dos autores mencionados, para os devidos efeitos, iremos considerar ao longo deste relatório os conceitos de catástrofe e emergência multivítimas descritos no Regulamento n.º 361/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

### **1.1. Cuidados de saúde em catástrofe e emergências multivítimas**

Os cuidados de saúde ministrados neste contexto visam evitar ou reduzir a perda de vidas humanas, o sofrimento físico e psicológico (Lennquist, 2012). Perante o carácter de

imprevisibilidade e de hostilidade, várias arduidades são expectáveis. Deste modo, o planeamento e o treino propiciam o desenvolvimento de competências e possibilitam uma resposta adequada num cenário real, numa perspetiva integrada e continuada desde o pré ao intra-hospitalar.

A proficiência dos profissionais garante a celeridade na avaliação do cenário, no processo de triagem, na implementação de métodos simples de diagnóstico e tratamento, na tomada de decisão e nas comunicações.

Relativamente às instituições de saúde, no passado pouca atenção foi atribuída à preparação da resposta perante situações de catástrofe. Contudo, acontecimentos recentes instigaram transições organizacionais importantes. O atentado terrorista ocorrido a 11 de Setembro de 2001, em Nova Iorque, instalou um estado de alerta, representando um marco histórico no que remete a questões de segurança e preparação. Atualmente, os planos de catástrofe são um requisito nas instituições de saúde e constituem um indicador de qualidade. Não obstante, numa ótica de melhoria contínua, estes devem ser regularmente testados, atualizados e do conhecimento dos elementos das equipas intervenientes. Perante um episódio desta magnitude, a inexistência de uma resposta adaptativa imediata pode revelar-se um erro crasso, pela afluência anormal de vítimas e pelas distintas apresentações fisiopatológicas.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda a todas as unidades do SNS a elaboração de um plano de emergência, de acordo com o Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde (DGS, 2010).

Considerando a possibilidade de escassez de recursos perante as potenciais necessidades subjacentes a uma catástrofe ou emergência multivítimas, a utilização de um sistema de atribuição de prioridades (triagem), é fundamental.

O termo triagem advém do francês “*triage*”, que significa escolher, classificar, selecionar. Historicamente, a triagem foi idealizada na guerra Napoleónica por Dominique Larrey, o cirurgião-chefe do exército de Napoleão, que em resposta a circunstâncias desta natureza, criou um sistema codificado que permitia categorizar as vítimas de acordo com níveis de prioridade (Koenig & Schultz’s, 2010).

O processo de triagem em situação de catástrofe ou emergências com multivítimas difere da prática comum concretizada em ambientes controlados e por profissionais experientes. Numa situação de exceção, este processo pode ser iniciado por socorristas com experiência limitada neste campo de ação. Assim, os sistemas de triagem concebidos para situações deste cariz, primam pela simplicidade e facilidade de aplicação. Lennquist (2012)

defende que este processo é dinâmico e deve ajustar-se à situação fisiopatológica da vítima, aos efeitos do tratamento implementado e à fase de socorro (pré-hospitalar, transporte ou intra-hospitalar). Em eventos desta magnitude, a triagem integra dois momentos: a triagem primária e a triagem secundária (INEM, 2012). A triagem primária prevê a utilização de uma metodologia simples, com o intuito de triar o mais rapidamente possível o maior número de vítimas. A triagem secundária, visa triar mais detalhadamente um grande número de vítimas, utilizando ferramentas com critérios mais específicos.

Várias metodologias baseadas em critérios anatómicos ou fisiológicos, estão descritas na literatura. Independentemente da metodologia adotada, a prioridade conferida deve ser prontamente identificada na vítima pelo triador (através de pulseira ou cartão de identificação), possibilitando um fácil reconhecimento aos elementos do socorro.

Nestes cenários, as vítimas podem expor um vasto leque de situações fisiopatológicas consequentes do mecanismo de lesão associado, designadamente: trauma, queimaduras, intoxicações e infeções. Neste seguimento, é provável a implementação de cuidados especializados a pessoas em situação de doença crítica.

Segundo o *American College of Surgeons* (2018) a metodologia comumente utilizada na abordagem às vítimas consiste no “ABCDE” preconizado pelo ATLS® (*Advanced Trauma Life Support*) e cuja ordem alfabética corresponde às prioridades: A – *Airway* (permeabilização da via aérea e estabilização cervical), B – *Breathing* (respiração e ventilação), C – *Circulation* (circulação e controle hemorrágico) D – *Disability* (avaliação do estado neurológico), e E – *Exposure* (exposição/ controle ambiental).

Esta metodologia integra avaliação primária e avaliações secundárias. A avaliação primária permite identificar e tratar lesões ameaçadoras da vida, empregando medidas simples de ressuscitação. As avaliações secundárias referem-se a uma análise mais detalhada da vítima e integra a sua história clínica, os mecanismos de lesão, avaliação física pormenorizada e a reavaliação de parâmetros vitais. Esta avaliação deve ser concretizada apenas após conclusão da avaliação primária e após a melhoria comprovada dos parâmetros vitais da vítima (Canzian et al, 2013).

A decisão de transferir as vítimas para uma unidade de saúde que assegure cuidados diferenciados deve resultar de uma decisão ponderada pelos profissionais de saúde relativamente às necessidades da pessoa, à sua segurança e à capacidade de resposta da instituição recetora.

## **1.2. Enfermagem em catástrofe: que competências?**

A identidade profissional dos enfermeiros refere-se à arte do cuidar, nomeadamente em cenários de exceção. Compreender e definir o campo de ação dos enfermeiros em catástrofe/ emergências multivítimas expressa uma oportunidade de consolidação dos pilares profissionais, sendo a investigação nesta área favorável na afirmação da Enfermagem enquanto ciência.

Em 2009, o WHO e o *International Council of Nurses* (ICN), reconheceram que perante situações de exceção, os enfermeiros exercem um papel preponderante na qualidade de socorristas de primeira linha, triadores, cuidadores, consultores e coordenadores de cuidados e de serviços.

Numa perspetiva histórica, os cuidados de Enfermagem ao doente crítico em cenário de catástrofe, reporta-nos a Florence Nightingale e aos cuidados inovadores que instituiu no contexto da guerra da Crimeia. Porém, foi nas últimas décadas que houve um maior investimento no desenvolvimento de competências neste âmbito. De acordo com Benner (1982), a experiência não é apenas o passar do tempo, mas antes o refinamento de conceitos e teorias mediante o confronto com a prática.

O incremento do número de catástrofes confirma a importância do treino e da preparação para uma atuação organizada pelas equipas de socorro (Mello et al, 2013).

Possivelmente devido à variabilidade de sistemas de saúde, às diferenças nas qualificações profissionais e às múltiplas definições do conceito de catástrofe, são reconhecidas carências no que tange a estudos de validação acerca das competências de Enfermagem nesta esfera. Worrall (2012), corrobora este prisma e explica que apesar dos esforços instituídos no que concerne à preparação e treino para situações de catástrofe, subsiste uma carência de rigor científico na área, e os enfermeiros expressam hiatos de conhecimentos teórico-práticos neste âmbito.

Santos e Dixe (2017), num estudo que pretendeu validar o instrumento de medida *Disaster Preparedness Evaluation Tool* (DPET®) na população portuguesa, avaliaram a perceção de um grupo de enfermeiros acerca da sua preparação ante uma situação de catástrofe e identificaram as suas necessidades de formação. O estudo demonstrou que o nível de preparação da amostra selecionada era baixo, e que, 82% dos inquiridos não se sentia preparado para atuar nestas circunstâncias, considerando necessária mais formação. O estudo indicou que estes profissionais intervêm pouco na elaboração dos planos de emergência da sua comunidade, sentem-se pouco confiantes na aplicação dos mesmos e que estão pouco familiarizados com os recursos existentes, departamentos de saúde, contatos de



emergência, cadeia de comando e abrigos comunitários. Dos enfermeiros inquiridos, 78.5% referiram que não foram instruídos sobre catástrofe na licenciatura, em pós-graduações e nunca participaram em cursos sobre o tema.

Outro estudo realizado em Hong Kong e no qual foi selecionada uma amostra de enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica, cuidados intensivos e saúde comunitária, foi reconhecida a importância do desenvolvimento de competências em gestão de avaliação do risco, aprovisionamento de material de proteção individual, desenvolvimento de *guidelines* e protocolos de gestão de catástrofe, planeamento para gestão de incidentes específicos, controlo da infeção, realização de planos de contingência, registo de informação acerca de novas doenças, treino com tecnologia de informação e no desenvolvimento de técnicas de comunicação (Loke & Fung, 2014).

Uma revisão sistemática de literatura concretizada por Labrague et al (2018), confirma que os enfermeiros se sentem pouco preparados para responder a situações desta natureza e reconhecem a experiência prévia e o treino específico como variáveis determinantes para uma resposta mais competente.

Contudo, para a pessoa alvo dos cuidados de Enfermagem, vítima de um evento de catástrofe ou emergência multivítimas, é pretendida uma resposta rápida e competente (Grochtdreis, Jong, Harenberg, Gorres, & Scroder-Back, 2016). Esta expectativa vai de encontro ao artigo 104º, da Lei nº 156/2015, referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), que menciona que aquele profissional tem o dever de “corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (p. 8103).

Lennquist (2012) esclarece que o desenvolvimento de competências adicionais é essencial para assegurar uma boa gestão dos cuidados. A prática simulada é, nestas circunstâncias, considerada uma metodologia viável e adequada, permitindo o desenvolvimento de saberes pela simulação de vários cenários possíveis.

Este ponto de vista é corroborado por WHO & ICN (2009), que reconhecem a educação e a prática simulada em catástrofe como determinantes na implementação de uma resposta apropriada além de possibilitarem a identificação de aspectos passíveis de melhoria.

No passado, a gestão de eventos multivítimas era liderada essencialmente por profissionais com instrução e cargo militar. Presentemente, esta responsabilidade é partilhada por profissionais de sectores distintos, atendendo à multidisciplinaridade subjacente. Nesta continuidade, a OE defende que “o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação,

particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente” (2007, p.1).

Powers e Daily (2010) advogam que a relevância do trabalho do enfermeiro presume a sua participação em todas as fases do ciclo de vida da catástrofe. Seguindo a linha de pensamento dos autores, na fase de preparação, integra-se a concretização de procedimentos e de práticas simuladas com a consequente identificação de aspetos passíveis de melhoria. A fase de resposta, caracterizada por uma acentuada vulnerabilidade, integra um amplo espectro de ações de Enfermagem, com o intuito de prestar assistência imediata às vítimas e comunidade no local do evento, em hospitais de campanha ou em instituições de saúde. Na fase de recuperação, os enfermeiros desenvolvem programas de vigilância de saúde pública, instituem cuidados de saúde mental e mobilizam intervenções no sentido de devolver à comunidade um estado pré-catástrofe.

Esta perspetiva é partilhada por WHO e ICN (2009) que desenvolveram um quadro de competências orientado para os enfermeiros de cuidados gerais, com o intuito de orientar a prática dos profissionais em situações de catástrofe.

As competências, tal como ilustra a figura 1, encontram-se sistematizadas em quatro áreas fundamentais, referentes ao *continuum* da gestão da catástrofe. Foram ainda identificados e integrados 10 domínios que espelham a pertinência e o largo espectro de ação do enfermeiro neste processo.

De acordo com os autores supracitados, o quadro de competências mencionado representa um guia internacional, devendo contudo ser adaptado à realidade de cada país.

**Figura 1 - Quadro de Competências de Enfermagem em Catástrofe**



*Fonte: Adaptado de WHO & ICN, (2009)*

Alguns autores reiteram que as competências nesta área são altamente especializadas e desenquadradas da prática comum dos profissionais e defendem a diferenciação de competências entre o enfermeiro generalista e o especialista (Grochtdreis, et al, 2016).

Mediante a realização de uma *scooping review*, Thobaity, Plummer, & Williams (2016), identificaram como competências essenciais neste campo de ação: o planeamento, a comunicação, a compreensão da cadeia de comandos, o domínio dos aspetos éticos, a prevenção da infeção e a segurança. De acordo com os autores, a inclusão dos enfermeiros na elaboração dos planos de catástrofe, a sua familiarização com o plano instituído no contexto da sua prática, o treino e a melhoria contínua do mesmo, promovem uma prática mais habilitada.

Vários são os fatores circunstanciais que acentuam a vulnerabilidade da pessoa vítima de uma catástrofe ou emergência multivítimas. Comummente a pessoa alvo dos cuidados de Enfermagem neste contexto, vivencia processos complexos de doença crítica e/

ou falência orgânica, intensificados por transformações impactantes no seu meio social, económico e familiar, suscetíveis de uma intervenção holística e integrativa dos cuidados.

Enquanto epicentro dos cuidados de Enfermagem, a pessoa é compreendida não como uma unidade isolada, mas antes como parte integrante de um sistema. As vivências neste contexto enquadram-se no modelo proposto por Meleis relativo à Teoria das Transições. Meleis (2013), citada por Santos et al (2015), afirma que “o indivíduo ao longo da sua existência experimenta inúmeras fases de mudança, assinaladas por transformações de um estado para o outro, sendo que estes períodos são observados como instáveis, sendo precedidos e sucedidos por períodos de estabilidade” (p.4).

A transição pode ser então compreendida como um processo complexo e multidimensional que acarreta mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e inclusive no ambiente.

Para Meleis (2010), as transições caracterizam-se por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem e definem-se através do processo e resultado finais.

Os doentes e familiares em processo de transição demonstram grande vulnerabilidade e, neste sentido, as intervenções de Enfermagem requerem perícia, identificação de etapas, modelação de papéis, oportunidades de treino e o desenvolvimento de competências que permitam respostas saudáveis.

O conceito de transição é consistente com a perspetiva holística da saúde e a sua compreensão é essencial para a excelência do cuidar, nomeadamente em situações excecionais.

O Regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, explica que em situação de catástrofe, é impreterível “um corpo de profissionais de Enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica” (p. 3).

A dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação, constitui uma competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Face a um cenário deste cariz, e conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018, “o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência” (p.19363), estando descritas várias unidades de competência, referentes ao cuidar em situações de emergência, exceção e

catástrofe, ao conceber os planos de emergência e catástrofe, ao planeamento da resposta em catástrofe, à gestão dos cuidados e ao assegurar da eficiência dos mesmos.

Perante o exposto, a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, assoma como uma mais-valia na implementação de cuidados de qualidade, sendo a mais direcionada ao cuidado especializado à pessoa em situação crítica, vítima de catástrofe ou emergência com múltiplas vítimas, desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

## **2. EDIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - O CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A inovação tecnológica e as transformações no mundo laboral, influenciadas pelo fenómeno de globalização, instigaram nas últimas décadas, alterações organizacionais relevantes. A exigência e competitividade dos mercados requerem capacidade de inovação e de adaptação por parte das organizações, sendo determinantes na génese de soluções adequadas.

Este metamorfismo orientou a definição de novos prismas no que alude às competências expectáveis dos profissionais. Perante a incerteza do amanhã, constata-se que atributos como a polivalência e proatividade constituem mais-valias nos processos de melhoria contínua e produtividade das instituições. Nesta ótica, emergiram estratégias de valorização da componente humana, pois é sabido que a relação estabelecida entre os profissionais e a organização que representam repercute-se na própria organização e consequente resposta competente.

Nesta continuidade, a preparação para a mudança é fundamental, particularmente na esfera educacional. Contudo, socialmente subsistem ainda assimetrias entre a aceleração técnico-científica e a definição e desenvolvimento de políticas educativas capacitadas para suportar tais mudanças (Sá e Paixão, 2013).

Em saúde, é possível antecipar um incremento das necessidades dos cuidados, pois os avanços da ciência e da tecnologia viabilizam de forma continuada a descoberta de novas patologias, e, simultaneamente, novas soluções terapêuticas. O aumento da esperança média de vida aliado à dubiedade alusiva à autonomia e qualidade de vida decorrentes fazem prever lacunas de resposta perante possíveis necessidades dos doentes. A imprescindibilidade dos cuidados de Enfermagem deve pois ser entendida como uma oportunidade pelos profissionais e seus superiores hierárquicos, que perante a conjuntura carecem de desenvolver soluções competentes enquanto parte integrante de um processo de melhoria contínua de qualidade.

A prática baseada na evidência favorece a tomada de decisão, apoiada no saber científico, considerando o contexto dos cuidados, os valores e preferências do doente e o julgamento do profissional (WHO, 2017).

Nesta perspetiva, os enfermeiros são protagonistas dos processos de mudança, e, os contextos, imperativos para o desenvolvimento de competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011). O profissional aprende assim com o ambiente e cultura organizacionais, com as relações profissionais, com a complexidade dos problemas com que é confrontado na sua prática e com as relações sociais.

A Enfermagem contemporânea reflete um trilha sustentado pelas diferentes escolas de pensamento, conducentes de uma prática consistente em proficiência e evidência contínua, centrada numa lógica concetual e numa ótica de Enfermagem Avançada. O corpo de conhecimentos que alicerça o exercício da profissão é produto de processos adaptativos e da investigação científica que conduziu ao desenvolvimento das diversas teorias de Enfermagem.

De acordo com Piccoli, et al (2015), uma teoria define-se como uma articulação sistemática de conceitos associados às questões de uma disciplina, aos seus fenómenos e à relação entre os mesmos.

Desde a década de 50 que se assiste à conceção de diferentes modelos conceptuais, que vieram facilitar a comunicação em Enfermagem. Ribeiro (2008) citado por Moraes (2012) salienta que “os vários modelos de Enfermagem, apesar da sua especificidade, têm aspetos comuns. Combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada” (p. 32).

Globalmente, a Enfermagem enquanto profissão suportou vários avanços e recuos e atualmente enquadra-se em distintos sistemas de saúde e em diversos contextos de cuidados, formando o maior grupo de profissionais de saúde em todos os países. Sendo reconhecido o seu vasto âmbito de atuação, presentemente prevalece a contínua (re)definição do seu quadro de competências, decorrente de processos adaptativos intrínsecos à complexidade do cuidar.

Este prisma é partilhado pelo ICN que reconhece que face ao desenvolvimento da profissão, é expetável que os papéis associados à sua prática sejam influenciados pela sua identidade, valores, natureza do contexto dos cuidados de saúde, imperativos sociopolíticos e pelas prioridades atuais (2006).

Deste modo, importa clarificarmos o conceito de competência na ótica de diversos autores e analisarmos a sua evolução enquanto reflexo das transformações sociais e comportamentais.

O reconhecido artigo *Testing for Competence Rather Than Intelligence*, publicado por McClelland (1973), revolucionou as conceções de competência aceites até então,

revelando que as metodologias de avaliação tradicional das aptidões não seriam prognósticas do desempenho profissional e demonstravam resultados enviesados, associados a atitudes de discriminação relativamente a minorias étnicas, sexo feminino e estatuto socioeconómico.

Spencer & Spencer (1993) citado por Chouhan e Srivastava (2014) reconhece as competências como “habilidades e aptidões adquiridas através da experiência de trabalho, experiência de vida, estudo ou prática” (p.14).

As qualificações profissionais assumem então um papel redutor face ao conceito de competência. Apesar de serem determinantes para o exercício da profissão, os diplomas e as certificações não são sinónimos de competência. Por outro lado, os atributos sociais, relacionais e os referenciais ético-morais são essenciais para a ação competente, num processo de refinamento contínuo (Le Boterf, 2003).

Para o autor, um profissional é competente quando atinge um grau de maturidade que lhe permite gerir situações complexas. Este nível de mestria reveste-se de múltiplas dimensões no domínio do saber, nomeadamente: o saber agir com pertinência, o saber mobilizar saberes e conhecimentos em contexto profissional, o saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos, o saber transpor, o saber aprender, aprender a aprender e o saber envolver-se.

Nesta linha de pensamento, o profissional competente não se distingue pelos seus conhecimentos, mas antes pela habilidade de os implementar em situações concretas, demonstrando autonomia, proatividade e capacidade de adaptação perante novas situações em contexto de trabalho.

Competência é, portanto, mais do que a soma das qualificações do indivíduo, dos seus comportamentos e atitudes, mas antes um construto adaptativo consequente da experiência, dos conhecimentos, da motivação e do ambiente. Nesta lógica, o contexto é igualmente determinante no desenvolvimento de competências (Serrano et al, 2011).

Para Le Boterf (2008), um profissional competente reúne três dimensões de competência: os recursos disponíveis e que pode mobilizar no agir (conhecimentos, conduta, atitudes), a ação e os resultados que dela decorrem (práticas profissionais e desempenho) e a dimensão da reflexividade. No seu ponto de vista, o profissional competente deve possuir, combinar e dominar recursos pessoais e contextuais, entendendo que os recursos pessoais dizem respeito aos seus conhecimentos, emoções, comportamentos, atitudes e a um saber-fazer resultante da experiência. Os recursos contextuais, por sua vez, advêm dos conhecimentos e competências dos colegas, manuais e bases de dados. No que diz respeito às práticas profissionais e desempenho, o profissional competente deve implementar ações



que se coadunem com o seu trabalho, sendo que no domínio da prática profissional deve ser capaz de articulá-las. A dimensão da reflexividade remete à reflexão sobre a prática, advindo daí a aprendizagem.

A aprendizagem profissional através da experiência presume assim intencionalidade, mediada pela prática refletida.

Ceitel (2016), por sua vez, caracteriza o conceito de competência em quatro perspetivas: atribuição, qualificação, característica pessoal e comportamento ou ação. Na sua linha de pensamento, as duas primeiras propriedades são consideradas entidades extra-pessoais, sendo que o indivíduo pode possuí-las sem necessariamente exercê-las. Quanto à ótica de competência enquanto característica pessoal, considera que esta é a mais aceite pelos sistemas contemporâneos de gestão, avaliação e desenvolvimento de competências, sendo entendida como um atributo intrapessoal. As competências enquanto comportamentos ou ações são, por sua vez, integradas no domínio interpessoal e resultantes do agir.

Em Enfermagem, a definição de competências não reúne consenso. A abordagem holística da práxis parece dificultar a sua concetualização pois compreende mais do que a simples adição de técnicas e procedimentos, evidenciando assim a complexidade do trabalho do enfermeiro.

Esta interpretação vai de encontro à conceção de Le Bortef (2008) que enfatiza que competência é muito mais do que a soma dos subsídios de uma vida, sendo antes o produto de um processo adaptativo contínuo e dinâmico entre vários recursos. A primazia do cuidado de Enfermagem deve, portanto, constituir o epicentro das competências profissionais ao invés da grande diferenciação técnica.

Para Nunes (2010), o tempo é fundamental no desenvolvimento de perícia e competências em Enfermagem. Contudo, não é determinante, devendo coexistir com a análise das vivências, não se cingindo à soma cronológica das mesmas.

Esta interpretação coaduna-se com a perspetiva da teórica de Enfermagem Patrícia Benner, autora de um estudo de investigação que objetivou descrever o conhecimento subjacente à prática de Enfermagem, publicado no seu livro *From Novice to Expert* em 1984, e no qual a autora expõe a adoção e adaptação do Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática clínica de Enfermagem.

Este modelo retrata cinco níveis de desenvolvimento de competências, designadamente: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Benner (2001) descreve nesta lógica, que o nível principiante aplica-se especialmente aos estudantes de Enfermagem. Neste, são identificadas arduidades na distinção entre os aspetos

relevantes e irrelevantes da prática. O nível de principiante avançado enquadra os enfermeiros recém-formados e representa a fase em que o profissional desenvolve as suas ações com a ajuda de colegas mais experientes. No nível competente identificam-se os enfermeiros com dois a três anos de profissão, é reconhecida capacidade de planeamento e um crescente nível de eficácia. O nível de proficiência corresponde aos enfermeiros com cerca de cinco anos de experiência. Nesta fase é observada uma consciencialização da globalidade da situação. Finalmente, o enfermeiro perito, transmite um eminente nível de experiência, devidamente fundamentado pelo seu percurso. Nesta fase o enfermeiro tende a emitir julgamentos e opiniões e é capaz de gerir situações complexas.

O enfermeiro perito pode assim ser entendido como um indivíduo detentor, produtor, transformador, disseminador e consumidor de conhecimento, pautado pelos domínios científico, técnico, prático e clínico da gestão, da assessoria, da formação e do ensino (Nunes, 2010).

O perfil de competências do enfermeiro é determinante no construto da identidade profissional. Neste campo de ação, nas últimas décadas, a profissão testemunhou transformações com significância, especialmente do ponto de vista da dignificação do exercício profissional, fruto da reconhecida complexificação no âmbito da excelência do cuidar.

A nível nacional, no decurso da década de 70 prevaleceu uma abordagem funcionalista, que categorizava o campo de atuação dos enfermeiros em funções independentes e dependentes. Nos anos 80, o profissional concebia a sua prática de forma mais reflexiva e fundamentada, perspetivando a singularidade da pessoa como o foco dos seus cuidados. A profissão é regulamentada na década de 90 através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE), onde consta a caracterização dos cuidados, é especificada a competência dos profissionais habilitados e descritos os seus direitos e deveres. Em 1998 é finalmente criada a OE como entidade reguladora da profissão (Amendoeira, 2006).

A integração dos cursos de Enfermagem no ensino superior e a obtenção de graus académicos mais elevados proporcionaram um maior reconhecimento profissional, contudo, é imprescindível que se continue a desenvolver uma identidade própria assente em evidência.

Neste processo de construção da autonomia profissional é fundamental destacarmos o papel da OE na criação dos seus estatutos e Código Deontológico, bem como, na definição de Padrões de Qualidade e perfis de competências dos profissionais.

O REPE, o Código Deontológico, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os Perfis de Competências do enfermeiro de cuidados gerais constituem assim os pilares que suportam o exercício da profissão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a propósito das metas de Saúde 2020, salienta o papel dos enfermeiros face aos desafios de saúde contemporâneos, estabelecendo como áreas de ação prioritárias: o desenvolvimento e transformação do ensino, o planeamento da força laboral e otimização da combinação de competências, a criação de ambientes favoráveis à prática e a promoção da prática baseada na evidência e na inovação (OMS, 2015).

Assim, a especialização em Enfermagem, ergue-se como resposta aos desafios sociais contemporâneos, acrescentando valor às organizações onde se inserem, permitindo ganhos em saúde mediante a prestação de cuidados mais qualificados (OE, 2018).

A especialização em Enfermagem representa uma tendência internacional, embora com importantes diferenças entre países, atendendo à escassez de uniformização de conceitos. É comum encontrarmos na literatura a expressão “enfermeiro de prática avançada”. Esta significa que o profissional é detentor de conhecimentos especializados, de uma grande capacidade no domínio da tomada de decisão e de competências clínicas, decorrentes de horas de prática, especialização ou formação pós-graduada. O seu âmbito de atuação é variável, sendo que em alguns países associa-se ao desempenho de funções similares aos médicos clínicos gerais e noutros limita-se ao desempenho de funções específicas. Noutras realidades, como em Portugal, a formação especializada em áreas clínicas é reconhecida por um órgão regulador (OE, 2018).

Um relatório realizado pela OE na sequência de uma análise de evidência empírica acerca da relação dos cuidados especializados e melhores cuidados de saúde, revelou que em Portugal não existem estudos que avaliem o impacto das especialidades de Enfermagem. Contudo, no caso do Canadá, verificou-se uma redução de 40% na procura dos serviços de urgência e menor consumo de fármacos, resultantes de uma intervenção especializada. Na Finlândia constatou-se uma redução de 18 a 25% nas consultas de emergência médica. O mesmo relatório, através de uma revisão de literatura, concluiu que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade. Nas unidades com enfermeiros especialistas os doentes receberam cuidados com maior efetividade e com cerca de um terço menos de complicações. Os estudos demonstraram ainda que a especialização contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde e uma maior satisfação dos clientes. A evidência encontrada sugere que os enfermeiros

especialistas possuem mais conhecimentos e têm menos incidentes e complicações no processo de atendimento ao doente, participam mais frequentemente em ações de formação contínua, colaboram mais com outros profissionais e participam mais na tomada de decisão. Em termos organizacionais, as especialidades de Enfermagem revelaram ajudar a reduzir os dias de internamento, evidenciaram um efeito positivo no acesso aos cuidados de saúde, menos complicações e uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (OE, 2018).

O enfermeiro especialista surge assim como um profissional com perícia avançada num campo específico de ação, manifestando-se, segundo o Regulamento nº 140/2019, referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como um profissional que evidencia “elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p.4745).

Perante o conceito de enfermeiro especialista, importa diferenciar as competências comuns das competências específicas. Assim, segundo o Regulamento supramencionado, entende-se por competências comuns aquelas que são transversais aos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. As competências específicas decorrem, por sua vez, “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

O Regulamento n.º 361/2015, referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, reconhece que os enfermeiros são elementos-chave na resposta às necessidades de cuidados seguros às pessoas em situação crítica, e que neste contexto se definem como

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p. 17241).

Na garantia de um cuidado exímio, o Regulamento expressa sete categorias de enunciados descritivos, a referir: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

Nos subcapítulos que se seguem procedemos a uma análise reflexiva referente ao percurso profissional efetuado e ao processo de aprendizagem realizado no âmbito do CMEMC, enfatizando os subsídios das vivências na edificação de competências como futura

enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

## **2.1. Contextos da prática e o reflexo de um percurso**

O meu exercício profissional teve início em Outubro de 2005, no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). Nos primeiros 10 anos de profissão, desempenhei funções essencialmente em SU, inicialmente no SU do HNM e posteriormente no Centro de Saúde da Calheta. O interesse pelo cuidar em ambiente de urgência, desenvolveu-se durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem e foi com grande satisfação que iniciei a carreira no contexto que ambicionava.

Em Outubro de 2015, solidificando o interesse pessoal na vertente do doente crítico iniciei funções no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do HNM, onde me mantenho plenamente motivada.

Em Fevereiro de 2019, com enorme apazimento, integrei a equipa do SEMER, no Serviço Regional de Proteção Civil (SRPC), mais especificamente no Serviço de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STAT) do Centro Integrado de Comunicações (CIC), em regime de acumulação de funções.

Pautei a minha prática seguindo como linha orientadora – o cuidar da pessoa em situação urgente/ emergente e/ ou em situação de exceção, áreas com as quais me identifico profissionalmente. Assim, frequentei várias formações e procurei diversificação de experiências facilitadoras do desenvolvimento e aprofundamento de saberes, consolidados pelos princípios da Deontologia Profissional e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Neste enquadramento, na expectativa de maximizar a excelência do cuidar da pessoa em situação crítica, ingressei no CMEMC.

A sedimentação do conhecimento sobrevém da integração dos conteúdos teóricos com a práxis. Entendo assim, à luz da Deontologia profissional, que o Enfermeiro tem o dever de implementar no exercício da sua profissão, o produto da sua investigação, decorrente da interação entre o pensamento crítico e a evidência científica atualizada. Esta complementaridade, numa perspetiva académica, é atestada nas unidades curriculares relativas aos Estágios. Perceciono estes componentes como oportunidades ímpares na promoção de uma aprendizagem autodirigida.

Deste modo, proactivamente, foram seleccionados os campos de estágio. A unidade curricular Estágio I – Urgência foi alvo de creditação pela ESESJC. A unidade curricular Estágio II – Cuidados Intensivos, decorreu na UCIPU do CHUSJ. A preferência por este

campo de estágio foi de encontro à motivação intrínseca em experienciar uma realidade distinta do enquadramento regional onde me incluo. Neste sentido, optei por realizar a prática numa UCI inserida num grande centro urbano, na certeza que deste contexto adviriam experiências profícuas. O Estágio III – Opção, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa acometida por processos complexos de doença crítica em contexto de catástrofe ou emergência multivítimas, desde o planeamento à implementação, numa perspetiva integrada, adotei como estratégia o desenvolvimento da prática clínica em três campos de estágio. Assim, ambicionando a concretização de uma analogia entre três realidades (regional, nacional e internacional), planeei desenvolver a prática no SEMER, que integra a Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR); no INEM - Delegação Regional do Sul (Lisboa) e SAMUR (Serviço de Assistência Municipal de Urgência e Resgate) da Proteção Civil de Madrid. Contudo, devido à indisponibilidade de vagas para o período pretendido neste último campo de estágio, houve a necessidade de reajustar a prática, optando por realizar uma componente do estágio no SU do HNM, enquanto elo da cadeia de socorro regional.

No decorrer deste processo, conforme será relatado ao longo deste documento, foram trabalhados os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; ao domínio da melhoria contínua da qualidade; ao domínio da gestão dos cuidados e ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019) e edificaram-se as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, conforme descrito no Regulamento n.º 429/2018, a citar:

- “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p 19359).

O construto de competências atinge o seu ímpeto na garantia da prestação de cuidados de qualidade, éticos e equitativos. Assim, a reflexão sobre estas questões depara na sua essência com aspetos ético-morais merecedores de análise.

A vida humana e a sua dignidade assomam como uma inquietação para com os enfermeiros enquanto profissionais que assumem o cuidar como o cerne da sua práxis.

A palavra ética deriva do grego (*Ethos*) e exprime caráter/ costume. É uma denominação da Filosofia que alude aos assuntos morais, o estudo e a prática daquilo que é

bom e correto para os seres humanos. Surge enquanto reflexão acerca de valores destinados a orientar a sua conduta e fundamenta-se na compreensão do seu comportamento enquanto ser livre (Reis e Rodrigues, 2002). A Deontologia, por outro lado, refere-se a um conjunto de normas relativas a um campo profissional, fundamentadas em princípios da Moral e do Direito e decorrentes da reflexão sobre a prática.

O Código Deontológico dos Enfermeiros assegura a centralidade dos cuidados na pessoa, representando um instrumento legal, assente em princípios ético-deontológicos e bioéticos, que enuncia os deveres da profissão, baseados nos direitos do cidadão e das comunidades a quem se dirige os cuidados de Enfermagem e define as responsabilidades da profissão (OE, 2015). A prática baseada na evidência e o profundo conhecimento da pessoa humana com o reconhecimento do seu valor e dignidade, traduz-se na afirmação, autonomia e excelência da profissão.

Ao longo dos séculos, várias teorias éticas emergiram na tentativa de compreender o comportamento humano na sociedade, porém, a teoria principialista assoma como sendo a mais conhecida das teorias bioéticas contemporâneas, norteadas por várias pesquisas, dilemas e conflitos biomédicos. De acordo com Coelho, Costa e Lima (2013), esta teoria baseia-se nos três princípios do Relatório de *Belmont* – autonomia, beneficência e justiça. Considera ainda um quarto princípio, o da não-maleficência. O princípio da autonomia refere-se à capacidade de decidir o que é “bom”. Alude ao respeito pela liberdade das pessoas, pelas suas escolhas e decisões. O princípio da beneficência refere-se ao agir em benefício do outro. No âmbito da saúde, o doente tem o direito de participar na escolha do melhor para si, intervindo assim na opção terapêutica. A verdadeira beneficência pressupõe então fazer o bem, não apenas do ponto de vista médico, mas também na perspetiva do que o doente considera benéfico para si (Bessa, 2013). Relativamente ao princípio da justiça, Beauchamp e Childress consideraram este princípio numa perspetiva de justiça equitativa, numa ótica de igual distribuição de recursos perante aqueles que têm a mesma necessidade e condições semelhantes (Coelho, Costa, & Lima, 2013). O princípio da não-maleficência está associado à máxima *primum non nocere* – acima de tudo, não cause danos, determinando a obrigação de não infligir dano intencionalmente, ou seja, de não fazer mal ao ser humano (Diniz & Guilhem, 2002).

Em 1998, Kemp e Rendtorf acrescentaram outro princípio, o da vulnerabilidade, que em saúde designa a suscetibilidade das pessoas face a problemas de saúde e pressupõe o favorecimento dos mais frágeis (Morais e Monteiro, 2017).

No âmbito da sua atividade profissional, o enfermeiro é confrontado com a constante necessidade de tomada de decisão e, nesta esfera, importa considerar as aceções de problema e de dilema ético. Segundo Fernandes (2010), um problema ético em Enfermagem relaciona-se com uma situação decorrente da prática profissional e sobre a qual se revelam constrangimentos na decisão. Queirós (2001), esclarece que dilema ético é um problema da prática, no qual se confrontam pelo menos duas hipóteses de solução.

As decisões éticas resultam “da ocorrência de problemas éticos no âmbito do exercício profissional do enfermeiro” (Fernandes, 2010, p. 15) e numa perspetiva de humanização dos cuidados, devem envolver o doente e a sua família.

Nunes (2006) defende que a tomada de decisão em Enfermagem é fundamentada na autonomia e na responsabilidade. Neste contexto, entende autonomia como a capacidade de atribuir leis a si próprio, e responsabilidade como um dever relacionado a um determinado papel e com a capacidade em assumir determinados atos e respetivas consequências.

No que se refere à melhoria contínua da qualidade, enquanto domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, é pertinente considerar os objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), atendendo aos seus quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis. O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis de prestação, tal como descrito no despacho n.º 1400-A/2015, é um direito fundamental do cidadão.

Nesta continuação, orientei a minha práxis de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, visa contribuir para a equidade dos cuidados de saúde, garantindo que o acesso aos mesmos se processa em condições adequadas às necessidades. Este prisma impõe a adoção de medidas de melhoria contínua da qualidade por parte das unidades prestadoras de cuidados. A qualidade e a segurança em saúde é uma obrigação ética, dado o seu contributo na redução do risco evitável, conforme descrito no despacho n.º 5613/2015. Neste sentido, adota como prioridades: as estratégias de melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes, a monitorização permanente da qualidade e segurança, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, a informação transparente ao cidadão e o aumento da sua capacitação.

Esta estratégia integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes que define como objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar



a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática de notificação; a análise e prevenção de acidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências ao antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/ 2015).

No intuito de reconhecer a qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, é adotado o modelo *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) enquanto metodologia de certificação para as instituições do SNS (DGS, 2014). Este modelo de certificação foi adotado pelo SESARAM em 2016, tendo sido iniciado o processo de acreditação de vários serviços, nomeadamente o SMI. Desde então, sou colaboradora no projeto de serviço relacionado com a qualidade, tendo cooperado na revisão e atualização de vários protocolos. No prosseguimento deste processo de acreditação, o SMI foi em 2017 qualificado no nível Bom.

Atualmente, colaboro nas auditorias do consentimento informado para atos médicos e investigação no SMI, no que concerne ao preenchimento do modelo referente ao consentimento informado, esclarecido e livre para atos/ intervenções de saúde, de acordo com a norma nº 15/2013 da DGS, no contexto do procedimento traqueotomia cirúrgica ou percutânea.

De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, qualquer intervenção médica só deve ser realizada mediante consentimento prévio, livre e esclarecido, devendo ser concedida especial proteção às pessoas incapazes de se manifestar. Acrescenta ainda que qualquer investigação ou prática médica deve ser autorizada mediante o interesse superior da pessoa em causa (Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura, 2006). O consentimento informado, livre e esclarecido, integra então a noção de compreensão e de autonomia, estando implícito o direito à informação, transmitida de forma clara e perceptível.

Na sequência da análise efetuada, procede-se à narração das experiências vivenciadas nos contextos da prática.

Atendendo que a unidade curricular **Estágio I – Urgência** foi alvo de creditação, realiza-se uma breve exposição dos campos de prática profissional neste âmbito.

No que diz respeito a situações fisiopatológicas agudas, os SU representam maioritariamente a linha da frente no primeiro contato do doente com o serviço de saúde. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o SU tem por objetivo “a

receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (2015, p. 1).

Na sequência da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, realizada pela Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) em 2012, surge o despacho nº 10319/ 2014 da DGS, que visa integrar e articular os sistemas de emergência pré-hospitalar e hospitalar. Este, define como níveis de resposta da rede dos SU: o Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O SU do HNM é por definição um SUP. Como tal, constitui o nível mais diferenciado de resposta perante situações de urgência. Os SUB, por sua vez, representam “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência” (Despacho nº 10319/2014, p. 20673).

Sendo a Madeira uma Região Autónoma, com especificidades intrínsecas à insularidade, várias adaptações foram efetivadas face ao exposto no referido despacho.

O SU do HNM é coordenado por um diretor médico e por um chefe de Enfermagem. Assume como missão a assistência aos utentes que ali recorram, prestando cuidados de saúde individualizados, em contexto de urgência e emergência, em todas as fases do ciclo vital (HNM, 2011).

Os enfermeiros do serviço organizam-se em cinco equipas, sendo a cada turno coordenados por um enfermeiro chefe de equipa, que define a distribuição dos elementos pelas diferentes áreas do SU.

O exercício profissional num SU exige uma prática competente, impondo a conjugação de saberes, aptidões técnicas e relacionais, trabalho de equipa, e o domínio de uma miríade de situações fisiopatológicas passíveis de distintos níveis de gravidade.

Segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM), em 2017, foram observados 116 764 doentes no SU do HNM, numa média de aproximadamente 320 pessoas por dia.

O SU de adultos do HNM encontra-se estruturado por áreas (medicina interna, cirurgia, ortopedia e obstetrícia) e organizado por salas/gabinetes (gabinete de triagem, sala de acolhimento, boxes de atendimento médico, sala de tratamentos, sala de recuperação, sala aberta, sala de cirurgia, sala de pequena cirurgia, gabinete de ortopedia, salas de observação, isolamento e sala de cuidados especiais). No mesmo piso encontra-se sediada a Imagiologia, o SMI e a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.

Em 2005, foi implementado o sistema de triagem de Manchester e em 2009 a primeira via verde (Sépsis). No ano seguinte, instituiu-se a via verde coronária, a via verde do AVC (Acidente Vascular Cerebral) e a via verde do trauma. Estas consistem em estratégias facilitadoras de acesso à unidade de saúde e ao célere tratamento de situações fisiopatológicas cujo prognóstico é tempo-dependente. Neste âmbito, verifica-se a premência de um sistema de emergência integrado, desde o extra-hospitalar aos centros de referência para tratamento diferenciado.

Relativamente ao SU da Calheta, este está afeto ao centro de saúde daquela freguesia, assegurando cuidados de saúde durante 24 horas a utentes em todas as fases do seu ciclo vital. Segundo a Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM, 2017), foram observados 14 019 doentes em 2016, numa média de aproximadamente 40 pessoas por dia.

Sendo um SUB, perante doentes cuja situação fisiopatológica justifique um nível de cuidados com maior diferenciação é agilizada a sua transferência para o SU do HNM. Perspetivando a segurança do doente, face a situações de maior instabilidade ou na eminência da mesma, é solicitado o apoio da EMIR.

A unidade curricular **Estágio II – Cuidados Intensivos** decorreu na UCIPU do CHUSJ e integrou um total de 140 horas de contato. Os objetivos delineados consistiam em: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica; conhecer o funcionamento e dinâmica da UCIPU do CHUSJ e conhecer o funcionamento e dinâmica da Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocríticos (UCIN) do mesmo hospital. Nesta continuidade, integraram-se dois turnos na UCIN e um turno na consulta de *follow up*.

As UCI atuais diferem muito do seu passado. De locais isolados evoluíram para unidades onde a primazia é dada ao cuidado da pessoa numa perspetiva multidimensional (Urden, Stacy & Lough, 2014). A tecnologia impulsionou o desenvolvimento de opções de monitorização menos invasivas, equipamentos mais intuitivos e mais ajustados ao doente. Uma abordagem mais humanizada foi sendo adotada e atualmente além de um horário de visitas mais permissivo é dada maior ênfase à comunicação com o doente e com a família, envolvendo-os no processo de tomada de decisão.

A literatura indicia uma necessidade crescente de camas de cuidados intensivos. Este facto advém do incremento da esperança média de vida e do aumento das comorbilidades associadas. Vincent (2013) calcula que no futuro haverá uma inversão na distribuição do número de camas em contexto hospitalar, e perspetiva uma ampliação do seu número em cuidados intensivos face a uma redução nos outros internamentos.

Estes aspetos carecem de reflexão por parte dos gestores hospitalares e dirigentes políticos, no sentido de adoção de atitudes mais proativas e menos reativas. Variáveis como formação de recursos humanos, criação de infraestruturas e custos associados devem ser analisadas na antecipação de profundas transformações e transições organizacionais.

Estatisticamente, em 2009, o número médio de camas em UCI na Europa era de 11.5 por 100 000 habitantes. Considerando os países europeus com sistemas de saúde semelhantes a Portugal, a média de camas em UCI era de 9.2. Portugal, por sua vez, revelou uma média de 4.2 camas, apresentando-se como o país europeu com menor média de camas em UCI (Penedo, 2013). Este dado compromete a qualidade em saúde, atendendo que poderá implicar o cancelamento de cirurgias, maior dificuldade na resolução de morbilidades e transferências inadequadas por altas precoces.

Na opinião de Vincent (2013), o desenvolvimento do conhecimento científico irá viabilizar uma melhor caracterização dos doentes e a implementação de medidas terapêuticas mais personalizadas.

A UCIPU do CHUSJ integra o Serviço de Cuidados Intensivos daquele hospital. Encontra-se sediada no piso 1, adjacente ao SU. No mesmo piso localiza-se o Bloco Operatório (BO) de urgência e o serviço de imagiologia. A proximidade destas valências está de acordo com as Recomendações Técnicas para Instalações de UCI (ACSS, 2013). Assume como missão o desenvolvimento de medidas tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do grau de satisfação dos utentes.

Tal como no serviço onde trabalho, esta é uma unidade polivalente (admite doentes de todas as especialidades) e está dotada de um corpo clínico próprio, o que segundo a evidência científica traduz-se em melhores *outcomes* ao invés da organização por especialidades clínicas (Vicent, 2013).

O serviço compõe-se por doze unidades nas quais se inclui um isolamento, divididas em duas alas, separadas por um corredor envidraçado, que permite a observação de todo o serviço.

A equipa de Enfermagem é composta por 45 profissionais, distribuídos em cinco equipas, coordenadas por um enfermeiro responsável pelo turno. Os turnos da manhã são assegurados por oito enfermeiros e os turnos da tarde e da noite por sete. Atendendo que a minha tutora era também coordenadora da equipa e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pude acompanhá-la e aperceber-me das atividades que realizava no âmbito da gestão, enquadradas nas competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados. Apercebi-me que o enfermeiro com este cargo encarrega-se da

distribuição dos doentes a cada turno e que assume um papel de colaborador e consultor nas atividades relacionadas com a prestação e gestão dos cuidados.

A dotação de enfermeiros encontra-se impreterivelmente associada à qualidade dos cuidados prestados e à segurança do doente. Neste sentido a OE definiu, de acordo com o nível de cuidados em UCI, os seguintes rácios enfermeiro/ doente: unidades de nível I (cuidados intermédios) – um enfermeiro para três doentes; nível II (unidades com capacidade de monitorização invasiva e suporte orgânico, sem meios de diagnóstico ou especialidades diferenciadas) – um enfermeiro para 1.6 doentes e nível III (UCI com quadros próprios e acesso a meios de diagnóstico e terapêutica) - um enfermeiro por doente (OE, 2014).

Desde há décadas que várias ferramentas têm vindo a ser trabalhadas no intuito de adequar os rácios enfermeiro/ doente em UCI. A carga de trabalho em Enfermagem surge como um conceito associado a uma estimativa relativamente às necessidades de cuidados prestados de forma direta e indireta ao doente.

Neste âmbito, o *Therapeutic Intervention Score System-28* (TISS-28) surge como um dos instrumentos de medida mais utilizados. Baseando-se em sete categorias de intervenções terapêuticas (atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas), é atribuído um *score* que permite inferir indiretamente acerca da gravidade do doente e assim estimar a carga de trabalho do enfermeiro (Conceição, 2016).

Todavia, muitas atividades de Enfermagem não se correlacionam com a gravidade da doença. Segundo Severino, Saiote, Martinez, Deodato, e Nunes (2010), apenas 30% do tempo do enfermeiro é direcionado para atividades em que são implementadas tecnologias de UCI, tendo sido demonstrado que apenas 43.3% do tempo dos enfermeiros é dispensado no desempenho das intervenções avaliadas pelo TISS-28.

Em 2003, baseado no TISS-28, foi desenvolvido o *Nursing Activities Score* (NAS), com o intuito de evidenciar e melhor quantificar o trabalho do enfermeiro numa UCI, apoiando-se para tal não somente em critérios de gravidade da doença, mas antes em atividades de Enfermagem autónomas e interdependentes. Vários autores identificam neste instrumento uma maior sensibilidade na adequação dos rácios de Enfermagem em UCI, dado que traduz 80.8% das atividades deste grupo profissional ao invés dos 43.3% abrangidos pelo TISS-28 (Macedo, 2017 & Severino et al, 2010).

Na UCIPU, o instrumento de avaliação da carga de trabalho utilizado é o TISS-28, sendo a sua avaliação diária. Contudo, a distribuição dos doentes naquele serviço não é

concretizada com base neste indicador, sendo o rácio enfermeiro/ doente de um para dois, independentemente da carga de trabalho associada.

A UCIN, por sua vez, tem como missão o tratamento dos doentes críticos com lesão cerebral aguda e o ensino e divulgação do Neurointensivismo. É uma unidade recente e como tal dispõe de espaços amplos, condições de privacidade, luz natural e sala de receção para visitas. Está distribuída em duas áreas, uma com 10 unidades de cuidados intensivos e outra com seis unidades de cuidados intermédios.

A unidade curricular **Estágio III – Opção**, surge na sequência da área de opção elegida pelo mestrando, num *continuum* de desenvolvimento de competências especializadas e no âmbito do Projeto de Autoformação. Na sequência de uma análise acerca das minhas lacunas na área do saber relativamente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, emergiu o cuidado à pessoa vítima de catástrofe/ emergência multivítimas. Enquanto enfermeira na área do doente crítico, perceciono importantes repercussões no indivíduo, família e comunidade associadas a estes acontecimentos. Este ensino clínico contemplou um total 210 horas de contato (198 de estágio e 12 de orientação tutorial). Destas, 120 horas decorreram no SEMER, 70 horas no INEM e oito horas no SU do HNM.

O SEMER integra a estrutura orgânica do SRPC. É dotado de autonomia e independência técnicas, dirigido por um coordenador médico e coadjuvado por um enfermeiro. A EMIR, integrada no SEMER, foi fundada em 1998, com o intuito de intervir no âmbito da emergência pré-hospitalar em toda a região. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro, com formação específica em emergência pré-hospitalar, e é mobilizada em viatura equipada para Suporte Avançado de Vida (SAV). A sua intervenção inclui também o socorro em meios marítimo e aéreo. Além da equipa de serviço, existem recursos humanos e materiais aptos para o acionamento de uma segunda equipa, sempre que as circunstâncias assim o determinam.

A sua missão visa assegurar de modo permanente a prestação de cuidados de saúde em situações de emergência pré-hospitalar, coordenar e promover a formação a todos os agentes indispensáveis às ações de emergência médica pré-hospitalar na região.

Atualmente, a EMIR é constituída por 17 médicos e dez enfermeiros (nove especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um especialista Saúde Materna e Obstétrica). No início do ano corrente, foram integrados 16 enfermeiros no SEMER (nos quais me incluo), dando início ao STAT-CIC. A implementação deste sistema no Comando Regional de Operações de Socorro (CROS) constitui uma mais-valia na resposta a situações de socorro à população. Sendo um processo mediado por profissionais de saúde, é

assegurado o acompanhamento personalizado de cada pedido de socorro na vertente da saúde, realizado através do número europeu de emergência – 112. Através da triagem de situações fisiopatológicas de acordo com o seu grau de prioridade, é possível um acionamento mais assertivo dos meios operacionais, uma melhor gestão dos recursos na área do socorro e emergência, e ainda o aconselhamento telefónico e encaminhamento de situações menos urgentes para recursos da comunidade. Por intermédio de fluxogramas específicos, perante a queixa principal do doente e através de um conjunto de discriminadores, é atribuída uma prioridade à situação e acionados os meios de socorro adequados que devem cumprir com os *timings* em conformidade.

No que concerne ao INEM, este foi fundado em 1981. É um instituto público, administrado indiretamente pelo Estado e que cumpre com as orientações do Ministério da Saúde. Tem como missão a definição, organização, coordenação, participação e avaliação das atividades e do funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), estando-lhe atribuída a prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar, na vertente medicalizada e não medicalizada e articulação com os serviços de urgência; a referenciação e transporte de urgência/ emergência; a receção hospitalar e tratamento urgente/ emergente; a formação em emergência médica, o planeamento civil e a prevenção e a rede de telecomunicações em emergência (INEM, 2018).

No INEM, as chamadas através do número 112, quando relacionadas com situações de saúde, são encaminhadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) onde é concretizada uma triagem e efetivado o despacho dos meios, por técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH). Quando a situação não constitui uma emergência médica, é encaminhada a chamada para a linha saúde 24, na qual um profissional de Enfermagem irá realizar aconselhamento em conformidade.

No que tange aos meios de emergência, o INEM dispõe de ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) que permitem a estabilização e transporte dos doentes, dispondo de equipamento para SBV e desfibrilhador automático externo (DAE); ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) que incluem todo o material de uma ambulância de SBV estando ainda dotadas de fármacos e material de Suporte Avançado de Vida (SAV); ambulâncias de transporte inter-hospitalar pediátrico; Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER); helicópteros; motas e Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE). Para situações de exceção, o INEM dispõe de viaturas de intervenção em catástrofe (VIC), estando uma viatura alocada a cada delegação regional.

A maioria dos meus turnos neste estágio decorreu na ambulância SIV Lisboa. Estas são tripuladas por um TEPH e um enfermeiro e atuam sob a dependência direta do CODU. A equipa da ambulância SIV Lisboa é constituída por oito enfermeiros, a maioria especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ou em formação), na vertente da pessoa em situação crítica, sendo coordenada por um enfermeiro da mesma especialidade e perito em urgência/ emergência. Ainda, neste contexto pude experienciar um turno na VMER do Hospital de São José e um turno no CODU.

## **2.2. Um cuidado especializado**

As especialidades em Enfermagem surgem como resposta aos desafios da sociedade atual e às necessidades patenteadas pelas tendências demográficas. O envelhecimento populacional, o aumento da esperança média de vida e a prevalência das doenças crónicas, representam um desafio governamental importante que perante as circunstâncias, precisa garantir a adequação de recursos humanos e a prestação de cuidados de saúde seguros e qualificados.

Segundo o Regulamento n.º 429/ 2018, relativo às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a especificidade dos seus cuidados pode advir de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe. Neste enquadramento, a prática do cuidar exige observação, colheita e procura contínua e sistemática de dados, no intuito de entender a situação da pessoa, prever e detetar precocemente possíveis complicações e assegurar uma intervenção proficiente e atempada.

Seguidamente, passo a relatar as experiências e vivências advindas da prática clínica, de acordo com cada competência específica, fundamentando-as à luz da evidência científica.

### **2.2.1. A pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica**

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o doente crítico é definido como uma pessoa cuja vida se encontra ameaçada pela falência ou eminência de falência de funções vitais, estando a sua sobrevivência dependente de meios tecnológicos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.



Na busca da excelência do cuidado à pessoa em situação crítica, o enfermeiro deve mobilizar conhecimentos, atitudes e um acentuado nível de julgamento clínico que lhe possibilite a avaliação e monitorização contínua de focos de instabilidade, no sentido de uma intervenção precoce, precisa e eficiente.

No desempenho do meu exercício profissional no SU do HNM, prestei cuidados de Enfermagem ao doente crítico, em falência ou na eminência de falência orgânica, em todos as áreas daquele serviço, à exceção da triagem.

Perante o volume e a imprevisibilidade do trabalho no contexto de um SU, a utilização de uma metodologia que garanta o cuidado em tempo útil, de acordo com as reais necessidades dos doentes e não pela ordem de chegada, é impreterível. A triagem permite sinalizar as situações para atendimento prioritário, de forma objetiva e contínua, viabilizando a inclusão das vias verdes, permitindo identificar prontamente os focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória aos mesmos. Esta aceção vai assim de encontro ao PNS cuja prioridade assenta na cidadania em saúde, propondo o desenvolvimento de programas que possibilitem a equidade e o acesso adequado aos cuidados e ao direito de “prestação de cuidados em tempo útil considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde”, expresso na portaria nº153/2017 (p. 2209).

O Sistema de Triagem de Manchester foi implementado pela primeira vez em 1997 na cidade de Manchester, e posteriormente foi adotado por vários países do espaço europeu. Em Portugal, a sua aplicação teve início no ano 2000 e presentemente, de acordo com a circular normativa nº 002/ 2018, da DGS, deve ser utilizado em todos os SU. O sistema considera a queixa inicial do doente e através da mesma, é seguido um fluxograma de decisão, onde através da identificação de critérios de gravidade é atribuído um nível de prioridade (*Manchester Triage Group*, 2014).

A tomada de decisão baseada em algoritmos permite aos profissionais de saúde dos SU atuar mediante as prioridades, providenciar o encaminhamento assertivo dos doentes e garantir cuidados de saúde ajustados e seguros.

Perante as diversas situações fisiopatológicas do foro médico/ cirúrgico, pude prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, indo assim de encontro a esta unidade de competência. A intervenção assertiva e em tempo útil, considerando a pessoa numa perspetiva holística, promove a satisfação do cliente, sendo esta uma premissa dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Desenvolvi saberes no âmbito da reanimação cardiopulmonar, trauma, doente neurocrítico, monitorização invasiva, suporte ventilatório invasivo e não invasivo e suporte hemodinâmico. Para tal, implementei várias estratégias de aprendizagem, frequentando várias formações (SAV, SIV, sépsis, ventilação não invasiva e urgências traumatológicas), realizando pesquisa bibliográfica, observando, refletindo e discutindo com colegas peritos na área. Os enfermeiros peritos são fáceis de identificar pelos seus pares e pelos doentes, e neste contexto tive o privilégio de beneficiar de distintas partilhas de saberes com colegas de referência em urgência/ emergência. Assim, cumpri com o dever de assegurar a atualização permanente dos meus conhecimentos, conforme expressa a Deontologia profissional (OE, 2015) e fui de encontro ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto competência comum do enfermeiro especialista, fundamentando a minha prática na investigação e no conhecimento.

Nas salas de observação e cuidados especiais, enquanto espaços que proporcionam uma maior vigilância, monitorização e suporte de funções vitais, cuidei de pessoas acometidas por doença crítica e cuja sobrevivência dependia de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e executei cuidados técnicos de alta complexidade. Estes doentes, apesar de estarem sob a responsabilidade dos médicos intensivistas, comumente ali permaneciam pela falta de vagas no SMI.

Esta experiência proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidado ao doente crítico e esteve na génese do meu interesse em cuidados intensivos. Neste domínio, pude garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, inerentes ao SMI, especificamente no que remete à gestão de terapêutica sedativa, analgésica, vasopressora, antibiótica e insulina, monitorização do potássio sérico e gestão de temperatura. Nesta continuidade, pude diagnosticar precocemente complicações inerentes à implementação dos protocolos, aplicar medidas em concordância e monitorizar a adequação das respostas do doente.

Em 2009, perante a crescente necessidade de camas de cuidados intensivos, formou-se na instituição uma extensão do SMI, a UCIP 2 (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2), constituída por três unidades. Perante a escassez de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, fui selecionada pelo meu superior hierárquico para prestar cuidados naquela unidade. O desafio teve a duração de um mês e foi fundamental para a consolidação de saberes na área do cuidar da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

No SU, pude prestar cuidados ao doente crítico na sala de emergência. Esta, é acionada através de alarme sonoro em situações triadas como emergentes, politrauma, situações acompanhadas pela EMIR e situações compatíveis com as vias verdes.

Considerando a complexidade dos doentes alocados à sala de emergência, segundo o parecer nº14/2018, a equipa adstrita à mesma “deve ser detentora de formação especializada, da responsabilidade da instituição, específica, de forma a responder com prontidão às situações quer sejam de origem interna quer através da área de triagem de prioridades” (OE, 2018, p.2). Neste sentido, os três elementos que compõem a equipa são no início de cada turno selecionados pelo enfermeiro responsável de turno e organizados nas suas funções como elemento A, B ou C. O elemento A é considerado o *team leader*, é quem estabelece as prioridades e realiza os comandos situando-se à cabeceira do doente. Assegura a permeabilidade da via aérea e a ventilação, colaborando nos procedimentos invasivos subjacentes. O elemento (B) assegura a monitorização do doente, a cateterização do acesso venoso, as colheitas sanguíneas, a administração da terapêutica e colabora nos procedimentos invasivos. O elemento circulante (C) colabora na monitorização, assegura o envio das amostras de sangue para o laboratório e banco de sangue, prepara a terapêutica e providencia o material necessário para procedimentos invasivos (HNM, 2011). Na sala de emergência pude assumir as posições (B) e (C).

Apesar de cada elemento ter o seu campo de ação definido, o trabalho de equipa na sala de emergência é peremptório e deve decorrer em uníssono, de forma eficiente e sincronizada, numa ótica de complementaridade, segurança e de qualidade dos cuidados. Nas equipas de reanimação, a assertividade na liderança e a cooperação de todos os membros conseguem reduzir a ambiguidade e a duplicação do trabalho, traduzindo-se em melhores *outcomes* para o doente (Porter, Cooper & Taylor, 2014, Crouch, Charters, Dawood & Bennett, 2017). O trabalho de equipa tem subjacentes aspetos como: a comunicação clara, a coordenação, o conhecimento e a capacidade de tomada de decisão (Skinner & Discoll, 2013).

Do ponto de vista ético-legal, os procedimentos terapêuticos em situações de emergência assumem o conceito de consentimento presumido. Este considera as situações em que se supõe que o doente teria anuído o ato. Aplica-se a pessoas com alteração do estado de consciência ou que não estão legalmente representados e cuja protelação das medidas terapêuticas implicariam um risco acentuado para a sua saúde. Nestas circunstâncias, prevalece o princípio ético da beneficência, tal como elucida a norma nº 015/2013 da DGS, relativa ao consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.

No SU, assegurei o transporte intra-hospitalar do doente crítico, acompanhando-o na realização de exames complementares de diagnóstico e na transferência para outros serviços. Nestas circunstâncias prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, garanti a administração de protocolos terapêuticos complexos e fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando as respostas.

O transporte intra-hospitalar consiste no encaminhamento temporário ou definitivo do doente, dentro do ambiente hospitalar, com objetivos diagnósticos ou terapêuticos (Pedreira et al, 2014). A decisão de transporte do doente crítico deve ser sempre ponderada, considerando variáveis como a estabilidade do doente, a premência na realização do procedimento e a logística inerente, mediante análise de risco/ benefício.

Numa época em que a melhoria da cultura de segurança do ambiente das organizações de saúde impera como prioridade nas estratégias para a qualidade, importa identificar riscos e implementar ações de melhoria no sentido de assegurar cuidados de saúde mais seguros, em todos os níveis. No contexto do transporte do doente crítico, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) identificam erros comuns subjacentes a esta prática, a mencionar: avaliação inicial do doente incorreta, instabilidade hemodinâmica, incertezas na manutenção da permeabilidade da via aérea, risco de pneumotórax/ hemotórax, ausência de permeabilidade de acesso vascular, monitorização com limites de alarme desajustados, dificuldades na preparação de terapêutica, desadaptação do doente perante o suporte ventilatório e reavaliações insuficientes (2008).

Relativamente ao procedimento de transporte do doente crítico, constam as fases de decisão, de planeamento e de efetivação. Na coordenação do transporte, é cauteloso considerar aspetos como: a preparação da entidade recetora, o acompanhamento médico, a ponderação do risco de inoculação ou contaminação, o registo das indicações do transporte, a evolução clínica no processo do doente e os equipamentos necessários (SPCI e OM, 2008).

No SU, os profissionais são comumente confrontados com responsabilidades acrescidas relativamente às necessidades da família dos doentes. Numa ótica holística do cuidar, considerei a família do doente como foco da minha atenção e neste campo pude assistir nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ ou falência orgânica, sendo esta uma unidade de competência referente às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Morton e Fontaine (2013) mencionam que família é “qualquer pessoa que partilha o dia-a-dia de forma íntima e rotineira” (p. 29) e reiteram que qualquer pessoa significativa na vida do doente pode ser considerada família.

Segundo o ICN (2015), família define-se como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (p. 142). Wright e Leahey (2013), por sua vez, advogam que família é quem os seus membros dizem que é.

Considerando a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e a priorização das necessidades vitais da pessoa em situação crítica, assiste-se à protelação do atendimento às famílias. Todavia, “o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá, Botelho, e Henriques, 2015, p. 33).

Na minha prática fui confrontada com múltiplas situações em que tive de priorizar o atendimento à família, sobretudo aquando da comunicação de más notícias. Face à complexidade da vivência, procurei gerir o impacto emocional imediato, implementando técnicas de comunicação interpessoal facilitadoras da relação terapêutica e utilizando habilidades de relação de ajuda. Deste modo, desenvolvi a unidade de competência relativa à gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade.

No SU, a inexistência de um espaço dedicado para reunir com os familiares constitui uma limitação importante. Contudo, sempre que viável, aproveitei ambientes mais reservados para minimização do desconforto e para promover a privacidade com o intuito de facilitar a gestão de emoções. Assim, pude gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica ou falência orgânica.

Assumindo que o contato com a realidade é importante para o processo de consciencialização (Skinner & Discoll, 2013), possibilitei a despedida do corpo do familiar/ pessoa significativa perante situações de óbito, enquanto estratégia facilitadora do processo de luto. Proporcionei a visita e o acompanhamento do doente, nomeadamente na sala de observação e cuidados especiais, sempre que viável. De acordo com a Lei nº 15/2014, relativa os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, o acompanhamento do doente no SU é um direito que lhe assiste.

Wright e Leahey (2013) asseveram que os cuidados centrados na família representam uma responsabilidade acrescida para os enfermeiros.

Não tive a experiência de situações de presença dos familiares em simultâneo com os momentos de prestação de cuidados emergentes. Porém, a literatura confirma benefícios e avanços nesse sentido. Batista et al (2017) desenvolveram um estudo de investigação em Portugal, que pretendeu apurar a opinião dos enfermeiros sobre a presença de familiares em salas de emergência, em situações de urgência. Genericamente, os profissionais discordaram da presença das famílias nestas circunstâncias. A título conclusivo, os autores do estudo incitam uma mudança de atitude, sugerindo que após a estabilização das prioridades segundo o “ABCDE” se considere o (F) de família como um parâmetro importante e igualmente prioritário subjacente à excelência do cuidar.

A gestão de um elevado número de doentes, constituiu para mim um dos maiores desafios profissionais. Considerando a complexidade subjacente aos cuidados em ambiente de urgência, uma adaptação e atuação rápidas, bem como a celeridade de raciocínio e de resolução de problemas, revelam-se categóricos (Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016). Na excelência do exercício da profissão, o enfermeiro tenta maximizar o bem-estar da pessoa alvo dos seus cuidados. Porém, a prestação de cuidados com qualidade e segurança neste contexto pode ser influenciada por inúmeras contrariedades, sendo esta uma realidade transversal à maioria dos SU. Considero ter implementado metodologias de organização de trabalho adequadas e ter utilizado os recursos de forma eficiente, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

A elevada afluência de doentes, o aumento do tempo de permanência no serviço, o incremento na complexidade dos cuidados, a falta de vagas nos serviços da instituição, os atrasos nos resultados de exames, as denominadas “altas problemáticas”, as limitações físicas e a falta de recursos humanos, contribuem para a sobrelotação, conduzem à acumulação de tarefas, ao aumento dos custos e à sobrecarga emocional (Crawford et al, 2014). Perante este quadro e refletindo na ação e da ação, questionei-me frequentemente sobre aspetos inerentes à dignidade da pessoa humana. O pensamento crítico que direcionou a minha prática contribuiu para uma melhor gestão dos cuidados ao longo do tempo. Ambicionando a excelência do exercício da profissão, procurei cumprir com o dever da informação, do sigilo, do respeito pela intimidade e do respeito pela pessoa em fim de vida, desenvolvendo, por conseguinte, autoconhecimento e assertividade, enquanto competência comum do enfermeiro especialista, manifestando capacidade em gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, atuando eficazmente sob pressão.

Uma matriz mínima de competências inerentes ao enfermeiro de SU é de difícil definição. No entanto, Holanda, Marra e Cunha (2014), fundamentando-se na experiência

profissional, evidência empírica e literatura especializada, identificaram oito competências básicas, a mencionar: o desempenho assistencial, o trabalho em equipa, a liderança, a humanização, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão, a prática orientada para resultados e a proatividade.

No SU orientei e avaliei alunos em contexto de prática clínica de Cursos de Licenciatura em Enfermagem, contribuindo para a formação e para o desenvolvimento profissional e responsabilizando-me enquanto facilitadora da aprendizagem, contribuindo deste modo no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que remete à minha experiência num SUB, esta decorreu ao longo de cerca de cinco anos. Apesar de várias assimetrias serem facilmente identificáveis se se proceder a uma analogia entre a dinâmica de um SUB e de SUP, ambos os contextos são promotores de desenvolvimento de competências em Enfermagem à pessoa em situação crítica. A busca pela excelência da qualidade no exercício profissional e uma conduta assertiva perante os princípios éticos e deontológicos mantêm-se indubitáveis, independentemente do ambiente da prática.

A experiência prévia num SUP foi evidentemente um fator facilitador da minha integração naquele serviço e revelou ser um apoio para os meus pares, que me consultavam perante situações complexas de urgência. Neste sentido, considero ter favorecido a aprendizagem, a destreza e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, bem como ter atuado como dinamizadora de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste SU pude prestar cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, nas diferentes etapas do ciclo vital. Este aspeto fomentou a procura pelo desenvolvimento de saberes, particularmente no âmbito de pediatria e obstetrícia, enquanto áreas do conhecimento que até então não havia aprofundado. Perante o diagnóstico de necessidades formativas, implementei estratégias de aprendizagem, nomeadamente através de pesquisa bibliográfica, discussão com os pares e através da participação em formações que abordavam a temática.

Das formações que frequentei neste período, relevo o curso de formação profissional sobre via verde para a sépsis, as recertificações de SAV e o Curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN®). Estas revelaram-se facilitadoras na identificação de potenciais problemas e na prescrição de intervenções de Enfermagem face a focos de instabilidade, incrementando qualidade aos cuidados. Neste sentido, alicercei a prática clínica na investigação e conhecimento, emergindo aqui a competência comum do

enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e que explica que o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019). Neste campo, destaco ainda a frequência de um curso de formação profissional de Exploração e Desenvolvimento de Competências Pessoais que promoveu a competência comum relativa ao desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade.

Perante a ausência de um sistema de triagem, procurei identificar precocemente os focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória, mantendo-me sempre que possível em contato com a sala de espera. Este despiste foi importante na priorização de diversas situações fisiopatológicas, nomeadamente na ativação de vias verdes. De acordo com o despacho n.º 10319/ 2014, do Ministério da Saúde “cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis” (p. 20675).

Executei cuidados técnicos de alta complexidade, colaborando com o médico de serviço e com a EMIR, nomeadamente em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), politrauma, insuficiência respiratória, síndromes coronárias agudas, com necessidade de proceder a manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), entubação orotraqueal (EOT) e administração de terapêutica sedativa, analgésica e vasopressora. Neste contexto demonstrei conhecimentos e habilidades em SAV.

Pude colaborar no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, que nesta conjuntura é considerado um transporte secundário, pois processa-se entre hospitais. Segundo a SPCI e a OM (2008), numa ótica de minimização de riscos, o doente deve ser estabilizado previamente à transferência, devendo esta ser preparada como uma extensão dos cuidados.

Nas situações em que os doentes evidenciaram necessidade de suporte de funções vitais através de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, a transferência foi assegurada pela EMIR. A OE, através do parecer nº 009/2017, reitera que “o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar” (p. 2).

Neste período, aprimorei competências no domínio da gestão dos cuidados, pois desde 2012 a equipa daquele serviço foi reduzida a um enfermeiro, um médico e uma assistente operacional, por turno. De forma a garantir a segurança do doente e a continuidade do seu processo assistencial, articulei cuidados com a equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento do Centro de Saúde da Calheta (equipa de apoio ao SU), com a EMIR,



Corporação de Bombeiros e Polícia de Segurança Pública (PSP). Deste modo, colaborei em decisões no seio da equipa multidisciplinar e reconheci situações passíveis de referenciação para outros profissionais de saúde, otimizando o processo de cuidados a nível da tomada de decisão relativo às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

No domínio da gestão dos cuidados, a cada turno validei a funcionalidade dos equipamentos e assegurei a disponibilidade dos materiais de consumo clínico e produtos farmacêuticos, articulando as faltas e avarias com o meu superior hierárquico. Neste sentido, otimizei o trabalho da equipa, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações, numa perspetiva de otimização da qualidade.

Ainda naquele serviço colaborei numa prática simulada, promovida pelo Centro de Simulação Clínica da Madeira, cujo objetivo direcionou-se à aquisição de competências técnicas e relacionais na abordagem à vítima de trauma. Esta experiência, enquadrada no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitiu a consciencialização pessoal e profissional, através do reconhecimento dos recursos e dos limites profissionais, bem como, gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional através da gestão de sentimentos e emoções face a uma resposta eficiente e pela atuação proficiente em contextos de elevada pressão (Regulamento n.º 140/2019).

O Estágio II - Cuidados Intensivos, proporcionou-me inúmeras oportunidades da aprendizagem no domínio da prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, nomeadamente a vivenciar processos de doença neurocrítica, tromboembolismo pulmonar maciço, choque séptico, pancreatite, politrauma severo e síndrome de angústia respiratória aguda. Pude também prestar cuidados a doentes submetidos a ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*) e a técnica dialítica contínua.

Considerando que uma das estratégias de aprendizagem e de avaliação consistia na realização de um processo de Enfermagem fundamentado, tendo em linha de conta o Projeto de Autoformação, optei pela realização de um estudo de caso baseado numa doente acometida por um processo de doença neurocrítica, decorrente de uma situação de trauma. O processo de Enfermagem facilita a sistematização do raciocínio, possibilita a tomada de decisão e a resolução de problemas por parte dos profissionais.

O trauma representa a quarta causa de morte em todas as idades e a principal causa de morte em crianças e adultos com idade inferior a 45 anos, nos Estados Unidos (Campbell & Alson, 2018). Tem grande impacto nos indivíduos, famílias e sociedade, representando

um grave problema de saúde pública. Em Portugal, é também uma das maiores causas de morte, sobretudo nas faixas etárias mais jovens (OM, 2009).

A resposta de saúde em trauma representa um *continuum* que se inicia nos cuidados de emergência pré-hospitalares até ao regresso do indivíduo à comunidade (Urden et al, 2014). Os cuidados prestados em UCI integram o processo assistencial destes doentes (Irwin, Lilly, Moyo, & Ripp, 2018). Sendo as vítimas normalmente jovens, o sucesso do tratamento implementado não é mensurado apenas em termos de redução de mortalidade, mas igualmente na perspetiva de retorno à vida social (Gómez, 2015).

De acordo com o mecanismo de lesão subjacente, as lesões associadas ao trauma podem acometer diversos tecidos e sistemas orgânicos. No que concerne à lesão cerebral, esta é classificada em primária ou secundária. A lesão primária decorre do evento inicial e é responsável pela alteração da estrutura e função cerebrais, enquanto as lesões cerebrais secundárias decorrem da resposta fisiológica subsequente à lesão primária. Neste campo de ação, os esforços terapêuticos incidem essencialmente na prevenção da lesão secundária e na maximização da funcionalidade do indivíduo (Morton & Fontaine, 2013). Este objetivo é assegurado através do equilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio pelo tecido cerebral, conseguido pela gestão de múltiplas variáveis e pela adequação do fluxo sanguíneo cerebral.

A literatura é unânime no que corresponde à relevância do papel do enfermeiro de cuidados intensivos na gestão do doente com lesão cerebral por trauma. Barreto e Santos (2019) asseveram que a uniformização de cuidados ao doente neurocrítico representa uma importante estratégia na incrementação da qualidade dos cuidados e, neste sentido elaboraram um guia de boas práticas de Enfermagem à pessoa em situação crítica com *status* neurológico comprometido, cuidada no BO, SMI e SU do SESARAM.

Na sequência da identificação dos focos de atenção mais relevantes, elaborei um plano terapêutico em conformidade com os diagnósticos de Enfermagem formulados. Neste enquadramento, várias intervenções foram planeadas e implementadas, viabilizando a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação do risco de falência orgânica, a garantia da administração de protocolos complexos e a gestão diferenciada da dor e bem-estar, no enquadramento da competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica “cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

Como condição coadjuvante na implementação das intervenções, enfatizo a multiplicidade de equipamentos e técnicas de monitorização neurológica disponibilizadas (invasivas e não invasivas), nomeadamente: a capnografia, o *Bispectral index* (BIS), Pressão Intracraniana (PIC) e a monitorização da oxigenação e metabolismo cerebral através de *Near Infrared Spectroscopy* (NIRS). Ainda neste domínio, na UCIN pude conhecer e entender o Índice de Reatividade Cerebral (PRx) enquanto opção de neuromonitorização. Este consiste num *software* que correlaciona valores de PIC e de Pressão Arterial Média (PAM), cuja análise permite inferir sobre a capacidade de autorregulação cerebral e a definição de um valor de Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) óptimo, para aquele doente. Acredito que o futuro da individualização dos cuidados em saúde passará por este tipo de abordagem tecnológica, a partir da qual será possível analisar as singularidades de cada indivíduo e assim intervir de forma mais otimizada e dirigida. As opções de monitorização BIS, NIRS e PRx não estão disponíveis no meu contexto de trabalho, pelo que registo este contato como uma mais-valia no processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

A situação fisiopatológica dos doentes internados em UCI e os procedimentos invasivos subjacentes estão na génese de grande sofrimento e exige dos profissionais de saúde a procura pela melhor solução terapêutica. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista, na procura pela excelência do seu exercício e no intento de maximizar a satisfação do cliente, atua com vista a minimização do impacto negativo associado às mudanças de ambiente inerentes ao processo assistencial (Regulamento nº 361/2015).

Considerando a sua subjetividade, a gestão da dor é complexa. Segundo a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), o doente crítico evidencia dor moderada a intensa mesmo em repouso e durante procedimentos iniciais e subjacentes a um internamento em UCI (Devlin et al, 2018). No doente crítico, a avaliação da dor implica a utilização de escalas comportamentais, pois pela sua condição, encontra-se frequentemente impossibilitado de comunicar. Na minha prática, perante esta situação, aplico a escala BPS (*Behaviour Pain Scale*). Enquanto escala de avaliação comportamental, utiliza itens associados à expressão facial, ao movimento dos membros superiores e à adaptação ao ventilador, atribuindo-lhe um *score*. Nas UCI onde realizei a prática clínica, esta é também a escala utilizada.

Avaliei a dor em todos os doentes aplicando escalas validadas e na sequência da sua avaliação, efetivei a gestão diferenciada da dor e utilizei medidas farmacológicas para o seu controlo. As *guidelines* da SCCM (Devlin et al, 2018) elucidam que neste aspeto, o

doseamento analgésico deve ser titulado na busca do melhor equilíbrio entre o risco/ benefício associado ao uso de opióides.

Ainda neste enquadramento, perante quadros de agitação na pessoa em situação crítica, a administração analgésica deve ser implementada antes da terapêutica sedativa, pois pode revelar-se eficaz no controlo do quadro. A utilização de terapêutica sedativa está associada a um incremento na mortalidade, pois a farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento variam de doente para doente, podendo desencadear quadros de disfunção orgânica, instabilidade hemodinâmica e acumulação de drogas (Devlin et al, 2018). A sedação do doente crítico é usualmente orientada por objetivos, e deste modo, são utilizadas escalas de avaliação que nos permitem determinar o grau de sedação e gerir a terapêutica em conformidade. Nos contextos da minha prática, utilizei a escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), ficando assim expressa a unidade de competência referente ao garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Um fenómeno comum nas UCI é o *delirium*, entendido como uma disfunção súbita do processo cognitivo, associada a desorientação, alterações de memória, comportamento e do processo de pensamento. Na literatura, algumas referências sugerem que o *delirium* traduz-se num maior tempo de internamento (Urden, Stacy, & Lough, 2014). Os fatores de risco identificados na génese do *delirium* são: o uso de benzodiazepinas, transfusões sanguíneas, idade mais avançada, antecedentes de demência, história de coma anterior ou trauma. Acerca deste aspeto, Devlin et al (2018), apresenta como declaração de boas práticas a utilização regular de ferramentas válidas de avaliação do *delirium*, no sentido de uma deteção e atuação precoces. Apesar da existência de uma escala validada em Portugal (*Confusion Assessment Method* [CAM]) para o despiste do *delirium*, esta não está implementada nos contextos onde desenvolvi a minha prática clínica nem onde exerço a minha atividade profissional.

No que alude aos cuidados à pessoa em situação crítica, prestei ainda cuidados ao doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e Ventilação Não Invasiva (VNI), colaborei no processo de desmame ventilatório, participei na extubação, despistei complicações e avaliei as respostas do doente, executando assim cuidados técnicos de alta complexidade.

A VMI é entendida como um suporte da função respiratória, que assegura o transporte de gases entre a atmosfera e o tecido alveolar com o intuito de garantir a realização de trocas gasosas quando a função está comprometida. É um processo assegurado através de

um ventilador, conectado através de um tubo à traqueia do doente. A VNI, por sua vez, permite assegurar um suporte ventilatório através de uma interface, sem recurso a uma via área invasiva. Entre os múltiplos benefícios, salienta-se a redução das complicações infecciosas, a redução do tempo de desmame ventilatório, a redução do tempo de internamento e da mortalidade associada ao mesmo (Urden et al, 2014).

No contexto desta prática, pude colaborar nos cuidados ao doente submetido a ECMO. Apesar de já ter tido a oportunidade de cuidar do doente crítico submetido a esta técnica no decorrer do meu exercício profissional, atendendo à baixa casuística regional, percebo que este momento de aprendizagem foi profícuo, pela partilha de saberes proporcionada.

O ECMO consiste numa técnica complexa de suporte vital que permite assegurar em situações específicas e de forma temporária as funções cardíacas e pulmonares, através de um circuito extracorporal, nomeadamente perante quadros de insuficiência respiratória ou circulatória em que o tratamento convencional se revelou refratário. Através da canulação de grandes vasos, o sangue é drenado do coração e conduzido para uma membrana permutadora de gases, onde é realizado o processo de oxigenação e extração de dióxido de carbono, sendo posteriormente devolvido ao doente. Consistindo numa técnica de suporte temporário, permite neste período a otimização do estado de saúde do cliente. A técnica integra duas vertentes: venovenosa e venoarterial. A primeira consiste no suporte da função pulmonar e a segunda possibilita o suporte pulmonar e hemodinâmico (Kapoor, 2014).

À complexidade da técnica poderão advir algumas complicações, designadamente: hemorragias, hipertensão arterial, arritmias, oligúria, hemorragia gastrointestinal, *stress*, sépsis, alterações metabólicas, embolia, perfuração do vaso, isquémia distal e tromboembolismo (Makdisi & Wang, 2015). Neste domínio, prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e garanti a administração de protocolos complexos.

Com o intuito de otimizar o processo de cuidar, participei enquanto formanda no Curso de ECMO, promovido no âmbito do IV Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste, pude conhecer as várias modalidades da técnica, perceber os princípios orientadores da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente submetido à mesma, conhecer medidas de atuação no resgate da pessoa em situação de doença crítica sob ECMO na perspetiva do centro de ECMO e UCI de origem e participar em bancas práticas. Tendo identificado nesta temática uma lacuna de conhecimento, procurei assim colmatá-la

no intento de basear a minha prática clínica especializada em evidência científica e ir de encontro ao domínio das aprendizagens profissionais.

Esta técnica pode ainda ser utilizada em situações de PCR refratárias às medidas instituídas pelo SAV convencional. Esta variante de suporte extracorporeal (*Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation* [ECPR]), segundo Annich (2012), é iniciada em contexto de reanimação convencional ou na repetição continuada de PCR, sem recuperação de sinais de circulação por um período superior ou igual a 20 minutos, substituindo assim as funções cardíaca e pulmonar.

Branco (2015) reconhece que a eficácia da ECPR tem vindo a ser comprovada em contexto intra-hospitalar e extra-hospitalar. Neste âmbito, em 2016, foi iniciado um projeto-piloto destinado à otimização de colheita de órgãos em dadores de PCR irreversível, na sequência de um protocolo entre o Instituto Português do Sangue e Transplantação, o CHUSJ e o INEM. O despacho nº 14341/2013, veio admitir na legislação portuguesa a colheita de órgãos em dadores falecidos em contexto de PCR, definindo critérios claros para o procedimento. Após um ano, registaram-se 27 casos de potenciais dadores e a colheita de 44 rins. Considerando o sucesso do projeto, a sua implementação encontra-se a ser ampliada a outros hospitais do país (Despacho nº 9063/2017).

Incontestavelmente, o desenvolvimento de novas opções terapêuticas traduz-se em diversos benefícios, sobretudo no que alude à melhoria da qualidade e da esperança média de vida. Porém, nem sempre viver mais é sinónimo de viver melhor e comumente assiste-se a situações nas quais o prolongamento da vida repercute-se em grande sofrimento para a pessoa, família e cuidadores. Face ao exposto, reflexões e indagações afloram no domínio da bioética, levantando questões acerca do sofrimento humano, obstinação terapêutica e distanásia. Por obstinação terapêutica, entende-se a implementação de procedimentos de diagnóstico e terapêutica dos quais não advém qualquer benefício para o doente (Freire, 2015). A distanásia, por sua vez, é definida como uma morte difícil e sofrida (Félix et al, 2013).

O Comité de Redação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) declara no artigo 3º, que todo o indivíduo tem direito à vida. Contudo, tem igualmente direito a ser tratado com respeito pela sua dignidade. Até onde se balizam os procedimentos terapêuticos realizados, na nossa sociedade? Perante esta indagação, aspetos relacionados com a humanização dos cuidados, o direito à informação, o direito à autodeterminação e a decisão centrada no doente assomam frequentemente na minha prática, levando-me a refletir sobre a conduta adotada pela equipa multidisciplinar da qual faço parte.

No seguimento do estágio II, pude prestar cuidados à família do doente em situação crítica internado na UCIPU, assistindo assim nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Na realização do estudo de caso, perante as evidências, formulei o diagnóstico “Crise familiar atual”, planeei e implementei intervenções de Enfermagem que foram de encontro às unidades de competência referentes à gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica e à gestão da relação terapêutica, expressas nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica. O enfermeiro que cuida, na sua verdadeira aceção da palavra, não cinge a sua atuação à mera execução de tarefas, mas antes compreende as necessidades físicas e emocionais decorrentes do processo de doença.

A família do doente crítico internado em UCI é confrontada com um ambiente desconhecido, em circunstâncias de extrema vulnerabilidade e com a constrangedora incumbência de tomada de decisão relativa à saúde do seu ente querido. De modo inesperado, vêm-se forçados a integrar informações acerca da doença, a gerir emoções e a lidar com a alteração de papéis. Uma doença crítica, sobretudo quando associada a uma situação de trauma, surge como um episódio agudo, repentino, inesperado e ameaçador para o doente e para a sua família, afetando a homeostasia daquela unidade. Os membros da família podem assim experimentar sentimentos de desadaptação e dificuldades na mobilização adequada de mecanismos de *coping*.

A experiência familiar neste contexto enquadra-se no modelo proposto por Meleis relativo à Teoria das Transições, sendo que a mudança inesperada é compatível com o desenvolvimento de uma transição familiar (Soares, 2013). Fatores como o grau de coesão familiar e as estratégias de resolução de conflitos condicionam o modo como a família enfrenta a transição de saúde-doença (Morton & Fontaine, 2013).

Nestas circunstâncias, podemos identificar dois tipos de transição: transição de situação e transição de saúde/ doença. A transição de situação abrange situações onde se observa uma mudança de papéis, em particular quando sucedem alterações na dinâmica familiar, nomeadamente circunstâncias de morte/ incapacidade. A transição de saúde/ doença inclui estados de alteração de papéis, resultantes da mudança de uma situação de saúde e bem-estar para uma situação de doença. Numa perspetiva sistémica, depreendemos que o conceito de pessoa em situação crítica é amplo, devendo ser refletido como um todo e não apenas nos aspetos biológicos e tecnológicos.

Muitos estudos foram já realizados no sentido de apurar as reais necessidades dos familiares dos doentes internados em UCI. Em 2006, foi publicado o *Critical Care Family*

*Needs Inventory*, que identificou dez necessidades vivenciadas, a mencionar: a informação acerca do tratamento médico, a consciencialização do que está a acontecer e dos cuidados que estão a ser implementados, a informação acerca do prognóstico, a permissão para visitar o doente, a identificação do profissional de saúde que está a cuidar do seu familiar, o saber a quem pedir informações, o saber o que fazer enquanto está junto ao doente durante a visita, o ser contactado em caso de alterações no estado clínico, o apoio de amigos e familiares e saber que procedimentos estão a ser implementados ao seu familiar (Kaakinen, Coelho, Gedaly-duff, & Hanson, 2010).

Cerca de um terço dos familiares dos doentes internados em UCI sofrem sintomas pós-traumáticos após a alta do familiar. A comunicação clara entre os profissionais de saúde e a família é essencial na atenuação do *stress*, na minimização da insatisfação e na promoção do sentimento de segurança (Irwin et al, 2018). A literatura é unânime relativamente ao facto de que a experiência de internamento de um membro da família numa UCI exige do enfermeiro um cuidado humanizado. Contudo, “a maioria dos enfermeiros não assume a concepção da família como um sistema na sua prática do cuidar” (Santos, 2012, p.3).

A interação entre a família, o enfermeiro, o doente e as necessidades que resultam desta interação, constituem um desafio para o enfermeiro de cuidados intensivos (Morton & Fontaine, 2013), sendo que a intervenção do enfermeiro na família espelha a autonomia da profissão, enquanto ação que depende única e exclusivamente da sua iniciativa e responsabilidade.

Ainda no âmbito dos meus objetivos, pude assistir à consulta de *follow up* da UCI do CHUSJ, acompanhando a colega responsável pela mesma. O *follow up* do doente crítico consiste no acompanhamento do mesmo após alta clínica da UCI. Atentando às repercussões do internamento em UCI na saúde do doente, estudos sugerem que quando estes são seguidos após a alta, apresentam melhores *outcomes*. A consulta de *follow up* permite extrair indicadores acerca da qualidade dos cuidados prestados, das sequelas inerentes ao internamento e da qualidade de vida do doente a curto, médio e longo prazo, sendo uma ferramenta útil na melhoria do processo assistencial ao doente crítico (Modrykamien, 2012, Rosa et al, 2019, & Jónasdóttir, Klinke, & Jónsdóttir, 2015).

Durante o Estágio III - Opção, na componente realizada na EMIR, os acionamentos da equipa possibilitaram-me prestar cuidados ao doente acometido por situação urgente/emergente, designadamente: PCR, trauma (atropelamento, quedas, despiste de motociclo, acidente de viação), obstrução de via aérea, enfarte agudo do miocárdio, intoxicação com droga sintética, crise convulsiva e parto.



A abordagem à vítima é concretizada de forma metódica, utilizando a mnemónica ABCDE. O médico de serviço assume a abordagem da via aérea e respiração (A e B) enquanto o enfermeiro procede à monitorização da vítima, avaliação de parâmetros vitais e à cateterização de um acesso venoso periférico (C). O primeiro elemento a ficar disponível, auxilia o outro ou continua no processo de avaliação/ intervenção. Esta abordagem exige trabalho de equipa, perícia, destreza e um elevado índice de suspeição.

As ocorrências em que estive presente permitiram-me desenvolver competências específicas, nomeadamente através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, e à sua família. Pude identificar focos de instabilidade nos doentes, mediante abordagem e avaliação dos mesmos e executei cuidados técnicos de alta complexidade: colaborei na abordagem da via aérea, nomeadamente em ocorrências em que foi necessária a realização de EOT e VMI, compressões torácicas, desfibrilhação, administração de terapêutica de emergência, sedação e analgesia. Deste modo foram implementadas medidas de SAV, conforme o algoritmo. Colaborei na abordagem e cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma, seguindo os princípios na sua abordagem, de acordo com evidência científica recente e segundo as Normas de Boa Prática em Trauma da Ordem dos Médicos (2009). Neste sentido, pude cumprir com a unidade de competência referente à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica e gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e a articulação na equipa de saúde, enquanto competência comum do enfermeiro especialista.

Fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, atendendo à dor do doente enquanto quinto sinal vital, estando atenta para as evidências fisiológicas e emocionais de desconforto e aplicando escalas de avaliação da mesma. Apliquei medidas de gestão da dor e promoção do bem-estar, através de terapêutica farmacológica nos casos de trauma major, enfarte agudo do miocárdio, parto e nas situações em que houve necessidade de implementar técnicas invasivas. Proporcionei medidas não farmacológicas para alívio da mesma, nomeadamente através da otimização de posicionamento/ alinhamento corporal.

Em todas as ocorrências, pude acompanhar os doentes na ambulância de socorro (ABSC) até ao SU. O acompanhamento do doente crítico enquadra-se no âmbito das intervenções do enfermeiro prestador de cuidados em contexto pré-hospitalar, indo de encontro ao enunciado de posição da OE (2007).

O transporte do doente crítico é um procedimento caracterizado por um conjunto de particularidades cuja desvalorização pode revelar-se um erro crasso. A nível pré-hospitalar é um tipo de transporte primário, estando destinado ao transporte do doente desde o local do evento até à unidade de saúde. Neste campo de ação, a OE emitiu o parecer nº 09/2017 em que conclui que “o profissional com melhor formação para integrar equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica” (p. 2), atendendo às suas competências específicas.

Alguns quadros fisiopatológicos determinam que a EMIR informe o chefe de equipa médico do SU do HNM. Este procedimento possibilita que o SU se organize para uma resposta mais ágil.

À chegada ao HNM, acompanhei o doente à sala de emergência e realizei a passagem de informação relevante aos colegas, conforme as orientações emanadas no enunciado de posição da OE que recomenda que o enfermeiro do pré-hospitalar deve “assegurar a continuidade dos cuidados de Enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência” (OE, 2007, p. 2).

O cuidado à família na vertente pré-hospitalar assume contornos algo distintos dos cuidados prestados em ambiente intra-hospitalar, pois neste contexto as vivências são concretizadas de forma mais intimista. Na maioria das vezes é o familiar que aciona o socorro, presta os primeiros cuidados e presencia os procedimentos implementados pelas equipas de emergência. Sendo um momento de tensão extrema, há grande suscetibilidade para se gerar sentimentos de ansiedade e de desespero. Considerando o transtorno emocional inerente, procurei estabelecer em todas as situações uma comunicação empática e assertiva, adaptada à complexidade do momento vivenciado, nomeadamente no que tange à transmissão de más notícias.

Neste seguimento, pude gerir os meus sentimentos e emoções na expectativa de uma resposta eficiente, gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade, gerir o estabelecimento da relação terapêutica e assistir à pessoa, família/ cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Constatei que em algumas situações de PCR, cujo desfecho culminou na morte do doente, o intervalo que mediou o início do evento e a chegada efetiva do socorro foi determinante. A PCR, enquanto evento súbito, representa uma das principais causas de morte

em todo o mundo. A deteção precoce com o acionamento dos meios de socorro, a implementação de medidas de SBV, a desfibrilhação precoce e a implementação de SAV representam os quatro elos da cadeia de sobrevivência. Gestos simples como o saber identificar a PCR, ligar o 112 e comprimir o tórax estão acessíveis à maioria dos cidadãos (*American Heart Association*, 2016), pelo que medidas simples de literacia em saúde estão a ser promovidas um pouco por todo o mundo.

De acordo com as *guidelines* do Conselho Europeu de Ressuscitação, a implementação dos princípios éticos tradicionais aplica-se na abordagem do doente vítima de PCR (Bossaert et al, 2015). Segundo os autores, são considerados os princípios da autonomia (respeito pelas preferências expressas em diretiva antecipada de vontade), da beneficência (consideração pelo prognóstico do doente, situações especiais, medidas fúteis, distinção entre PCR súbita e cessação exetável da função cardíaca e respiratória perante situações de doença terminal), não-maleficência (envolver o doente e a família, decisão de não reanimar), justiça e igualdade de acesso.

A decisão de iniciar ou suspender medidas de RCP, representa um desafio maior em contexto pré-hospitalar, dado o desconhecimento acerca da história clínica do doente, a limitação de meios complementares de diagnóstico, o desconhecimento da hora de início do evento e do início das manobras de SBV. Algumas situações, porém, são determinantes na decisão de não iniciar medidas de SBV, nomeadamente: exposição de massa encefálica, decapitação, decomposição ou putrefação e rigidez cadavérica (Bossaert et al, 2015).

Vivenciar experiências deste cariz e refletir sobre as mesmas com os meus pares, promoveu o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No âmbito da componente prática realizada no INEM, a maioria das ativações da ambulância SIV-Lisboa relacionaram-se com situações fisiopatológicas do foro médico, nomeadamente: PCR, choque hipovolémico por rotura de variz em membro inferior, alterações do estado de consciência, síndrome coronário agudo (SCA), obstrução parcial da via aérea, crises convulsivas, lipotimias, quadros de insuficiência respiratória e ansiedade. A região central de Lisboa possui edifícios residenciais antigos, maioritariamente sem elevador. A abordagem à vítima exige assim a utilização de vários equipamentos, que equivalem a um esforço físico acrescido por parte dos profissionais. A transferência dos doentes desde o local da ocorrência até à ambulância é assegurada pelo enfermeiro e pelo TEPH, sendo este um desafio comumente enfrentado pela equipa.

Pude, neste âmbito, desenvolver a competência específica “cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363), pois mobilizei conhecimentos que me permitiram atuar em conformidade após a identificação de focos de instabilidade e perante a antecipação dos mesmos e pude realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da mesma.

Os colegas que acompanhei nesta prática permitiram que assumisse várias ocorrências desde a sua ativação pelo CODU até à passagem do doente na unidade de saúde recetora. Neste contexto, abordei a pessoa e a família, colhi dados, atuei de acordo com a minha avaliação, procedi ao registo das situações, contatei e passei dados ao médico regulador do CODU e realizei a passagem de informação aos colegas do SU do hospital recetor. Esta oportunidade permitiu-me entender o circuito do doente e o campo de ação do enfermeiro da ambulância SIV. Promoveu ainda o desenvolvimento da competência comum do enfermeiro especialista referente à adaptação da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Sendo o enfermeiro o profissional com maior diferenciação técnico-científica na equipa da ambulância SIV, o domínio do seu campo de ação é fundamental, pela complexidade da tomada de decisão relativa às atitudes a implementar. A atuação do enfermeiro na ambulância SIV encontra-se salvaguardada por um conjunto de protocolos estabelecidos pelo INEM e pelo contato que estabelece com o médico do CODU. Nesta continuação, pude garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos no âmbito da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica.

### 2.2.2. A pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe

A catástrofe e as emergências multivítimas representaram ao longo do meu exercício profissional, um foco de interesse. Neste percurso, fui confrontada com algumas situações desta índole. Vivenciá-las enquanto enfermeira em SU e UCI, motivou-me a desenvolver conhecimentos teórico-práticos no sentido de providenciar cuidados de excelência e garantir uma maior segurança ao doente. Perante este facto e com o intuito de basear a minha práxis clínica especializada em evidência científica, frequentei ao longo da minha carreira algumas formações que considero terem contribuído para o desenvolvimento de competências nesta área, a salientar o *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN®), o

*Medical Response to Major Incidentes (MRMI®)*, o *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* e o *Tactical Combat Casualty Care (TCCC®)*.

Ao longo do meu exercício profissional pude também colaborar em eventos *mass gathering*, prestando cuidados de Enfermagem em atividades de âmbito desportivo, mais especificamente a participantes da modalidade de *Trail Running*, tendo participado em diversas edições ao longo de 11 anos, na coordenação de recursos humanos e materiais (organização das equipas de saúde nos diferentes postos de socorro, gestão de materiais e equipamentos), triagem de doentes com diferentes situações fisiopatológicas para atendimento prioritário e gestão das situações pertinentes para atendimento diferenciado, articulação dos cuidados com diferentes meios do SRPC e prestação direta de cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distintas situações fisiopatológicas em contexto pré-hospitalar.

Segundo o Estatuto da OE, o profissional tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (Lei n.º 156/2015, p.8079).

O enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, integrando nas suas competências específicas a dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, perante uma situação desta natureza “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Enquanto enfermeira em SUP e SUB, pude consultar o Plano de Emergência Externa (PEE) então em vigor no SU do HNM e participar em alguns simulacros que testaram a resposta e a organização do serviço perante eventos com múltiplas vítimas.

Enquanto enfermeira no SMI, estando de serviço no dia do evento multivítimas relacionado com a queda da árvore no arraial de Nossa Senhora do Monte, pude colaborar na reorganização do serviço, receber e prestar cuidados a vítimas em situação de doença crítica decorrentes do evento e prestar apoio à família das mesmas. Prestei também cuidados às vítimas em situação crítica decorrentes do acidente de autocarro ocorrido em Abril de 2019, nos dias posteriores ao evento.

No decurso do Estágio III – Opção, na componente realizada na EMIR, pude consultar, conforme planeado, o plano regional de catástrofe em vigor, designado de Plano Regional de Emergência de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira (PREPCRAM). Tendo por base o referido documento, a pesquisa bibliográfica e a experiência dos colegas

da equipa com vivências em situações de catástrofe/ emergências multivítimas, pude analisar e refletir sobre a cadeia de comandos inerente a uma situação deste cariz e sobre a montagem do teatro de operações.

Uma das atividades planeadas para esta componente prática incidiu sobre a observação e análise da intervenção do enfermeiro perante uma situação de catástrofe/ emergência multivítimas. Reconhecendo de antemão a escassa probabilidade em se proporcionar essa oportunidade, procurei implementar estratégias que viabilizassem a análise pretendida, nomeadamente através de realização de práticas simuladas. No período em que realizei a prática clínica não estava prevista a realização de simulacros. Contudo, em Novembro de 2018, durante o Congresso Nacional de Emergência Médica, realizou-se um Exercício *Mass Rescue Operation* (MRO). Este exercício de grande escala, simulou o resgate (via marítima e aérea) de cerca de 250 vítimas a bordo da embarcação Lobo-Marinho, na sequência de um incêndio e explosão na casa das máquinas, ao largo do Funchal. Ciente da oportunidade de aprendizagem, foi solicitado oficialmente através da ESESJC, a minha participação como colaboradora na EMIR. O exercício envolveu vários agentes de Proteção Civil com o objetivo de testar os meios de socorro (aéreos, marítimos e terrestres), o PREPCRAM e o PEE do HNM, numa abordagem integrada do pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

A participação no simulacro contribuiu para o construto de competências específicas enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, nomeadamente no que diz respeito à dinamização da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação. Assim, pude observar e colaborar na montagem de Postos Médicos Avançados (PMA), nas comunicações com o CROS, no acolhimento, na triagem secundária, no reencaminhamento das vítimas e na articulação com outros profissionais de saúde e agentes de proteção civil. Pude assim integrar a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção, compreender o cuidado à pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe e participar no planeamento da resposta e gerir os cuidados em situações de emergência (ainda que em situação de prática simulada).

No estágio, apurei que o STAT-CIC possui um fluxograma que orienta para um conjunto de procedimentos a implementar em cenários de catástrofe, tendo em vista a ativação da cadeia de comandos e o acionamento dos meios de socorro.

No intento de melhorar o processo assistencial à pessoa acometida por uma situação deste cariz, um dos objetivos desta prática clínica visava a colaboração na otimização de

procedimentos. Por sugestão do enfermeiro tutor, cooperei na atualização de um protocolo de colaboração já existente entre o SRPC, o SESARAM e a ANA – Aeroportos de Portugal, relativamente à composição, utilização e manutenção de malas medicalizadas e de catástrofe, passíveis de serem utilizadas numa situação de emergência/ acidente multivítimas/ catástrofe nos Aeroportos da Madeira e Porto Santo. Com esta atividade pude contribuir para o planeamento da resposta à situação de catástrofe.

Relativamente à componente de estágio realizada no INEM, em concordância com os objetivos, utilizei a estratégia de consultar o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC). Nesta continuidade, pude compreender que o documento suporta as operações de proteção civil em caso de acidente grave ou catástrofe, em território continental, constituindo assim um guia orientador nas ações a desenvolver.

No período de observação no CODU, apercebi-me da inexistência de um fluxograma de triagem para situações de catástrofe ou eventos complexos. Questionando o médico regulador acerca desta matéria, foi-me informado que este estaria em fase de elaboração.

Numa situação de exceção, o INEM surge como agente de proteção civil a par de outras entidades, atuando de forma articulada mediante um conjunto de procedimentos integrado no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro (SIOPS). Neste âmbito, o CODU assume um papel crucial, garantindo a perfeita articulação e ativação dos meios de socorro e assegurando a gestão da informação para uma resposta organizada.

No período de estágio, foi possível assistir a um módulo formativo relativo a situações de exceção integrado no curso de recertificação para enfermeiros das ambulâncias SIV. Este momento educativo, dinamizado por um enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, perito em emergência e com formação em catástrofe, foi fundamental para a edificação de conhecimento na área, permitindo-me compreender os procedimentos inerentes à ativação da cadeia de comandos, à organização do teatro de operações, ao processo de triagem, ao acionamento de meios, à montagem de PMA e à atuação do enfermeiro enquanto membro das equipas de intervenção.

A fim de poder observar a organização da VIC, o enfermeiro tutor agilizou uma visita ao Centro de Logística do INEM, tendo sido acompanhada por um enfermeiro com perícia na área. A viatura encontra-se dotada de material, equipamento e fármacos para SAV e energia que lhe permite uma autonomia de 24 horas, podendo assistir até 100 vítimas. Tem capacidade para montagem de um PMA para tratamento de doentes críticos e está provida de uma célula de comunicações que permite estabelecer contato com o CODU e com os

hospitais de referência. Nas situações que se revelem necessárias, existem condições para montagem de um hospital de campanha, com capacidade cirúrgica, módulo de radiologia, sala de reanimação e triagem.

Constatei que durante a minha prática clínica, decorria o processo de certificação do Módulo de Emergência Médica do INEM, segundo as *Technical Guidelines* da WHO para *Emergency Medical Teams (EMT)*. A certificação das capacidades dos módulos de emergência possibilitam melhorar a resposta em território nacional em cenários de acidente grave ou catástrofe, a sua inclusão a nível do mecanismo europeu de proteção civil e sua consequente seleção pela União Europeia para intervenção no quadro de assistência internacional.

Neste enquadramento, a WHO desenvolveu um sistema de classificação das EMT, criando uma lista com todas as que obedecem a um mínimo de critérios. Este sistema pretende a uniformização dos procedimentos nos países aderentes, com um nível assegurado de qualidade (WHO, 2013). O PT EMT (*Portuguese Emergency Medical Team*), consiste numa equipa portuguesa de profissionais da área da saúde com o objetivo de prestar cuidados a vítimas de emergências complexas ou catástrofes, em pareceria com o sistema de saúde local (INEM, 2019).

O processo de certificação envolveu um exercício concretizado durante o período da minha prática clínica. Nesta atividade, reconheci um momento de aprendizagem único e na expectativa de a rentabilizar, solicitei ao meu tutor autorização para assistir ao mesmo. Este acesso foi negado atendendo que continha informações confidenciais.

Após o exercício, a 21 de Março, o hospital de campanha do INEM recebeu a referida certificação, podendo atualmente integrar missões humanitárias de resposta a acidentes graves ou catástrofes a nível nacional e internacional.

Durante a prática clínica pude refletir e discutir com os meus pares acerca de aspetos éticos associados às situações de exceção. Em entrevista informal, apercebi-me que nestes cenários, os profissionais confrontam-se com vários dilemas éticos, sobretudo no que concerne à triagem das vítimas e aos cuidados iniciais, atendendo que as diligências associadas à gestão da ocorrência devem prevalecer face à prestação imediata de cuidados de emergência.

Nestes cenários, as necessidades normalmente superam os recursos, especialmente nas ocorrências em meios urbanos em que pode sobrevir a destruição parcial ou total das infraestruturas. A tomada de decisão neste contexto difere da tomada de decisão quotidiana, passando a mobilização de recursos a ser centrada na população, tendo em vista o bem



comum (Becker et al, 2013). Nesta linha de pensamento, a par dos conhecidos princípios bioéticos, emerge o princípio do utilitarismo, que se fundamenta no fazer o bem pelo maior número de pessoas possível (Veenema, 2018). Além destes princípios, outros valores assomam, designadamente a equidade, o respeito, a solidariedade e o de não causar maior dano.

Lateef (2011) defende uma atitude proativa naquilo que designa como “ética preventiva”. Esta refere-se ao conjunto de atividades implementadas por indivíduos ou grupos com o intento de identificar e priorizar assuntos éticos. Na sua perspetiva, a prática de “ética preventiva” deve ser incutida nas formações de catástrofe, promovendo a uniformização de procedimentos e uma prática mais segura.

Outra atividade projetada para a prática clínica, corresponde à participação em eventos *mass gathering*. Ciente da possibilidade de não conseguir desenvolver esta dinâmica no período do estágio, solicitei oportunamente a minha participação em dois eventos deste cariz, apoiados por entidades particulares e experientes no apoio a eventos desta natureza, com o objetivo de analisar os procedimentos implícitos ao planeamento e implementação do apoio clínico. Descrevo estas atividades, no capítulo seguinte, referente ao construto de competências de mestre.

No que remete à componente de estágio no SU do HNM, esta visou compreender o enquadramento daquele serviço na resposta integrada perante a pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica vítima de catástrofe/ emergência multivítimas.

A convite do enfermeiro chefe, pude assistir a uma reunião promovida pelo Grupo de Trabalho do Plano de Catástrofe e Emergência da instituição. Nesta, foram discutidas as atualizações em processamento e perspetivas futuras. Este grupo, formado com o intuito de reformular o PEE do SU, integra profissionais de várias áreas, nomeadamente Enfermagem. Deste modo, verifico que o enfermeiro concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência, tal como descrito na unidade de competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Antes de assistir à reunião, consultei o PEE em vigor no SU. Verifiquei que este se apresenta como um guia orientador face a circunstâncias de acidentes graves ou catástrofe, cumprindo assim com as orientações emanadas pela DGS (2010).

O plano esclarece os vários tipos de risco, os diferentes níveis de resposta e os recursos humanos necessários, em conformidade. No PEE, estão ainda descritos os equipamentos disponíveis no hospital, os recursos técnicos, os procedimentos inerentes à

ativação do gabinete de crise, as suas atribuições e as das equipas de trabalho e os procedimentos inerentes.

No SU, conforme descrito no PEE existe um armário de catástrofe, localizado na sala de emergência e que contém: cartões de ação, catálogo de recursos, *placards* de identificação das diversas áreas e um conjunto de *kits* (numerados em saco individualizado e que incluem um impresso de catástrofe, uma pulseira de identificação, um colar numerado, requisições de exames complementares de diagnóstico, tubos para colheita de sangue e etiquetas autocolantes identificadas com o número de *kit*). Prevê ainda a existência de medicação emergente.

Na referida reunião, foram apresentadas as propostas de alteração ao PEE do HNM, baseadas na metodologia MRMI® e considerando alguns aspetos decorrentes do simulacro realizado em Novembro de 2018, no âmbito do Congresso de Emergência Pré-Hospitalar.

O MRMI® é a designação de uma formação internacional, pós-graduada, diferenciada na área da emergência e catástrofe e certificada por entidades internacionais como a *European Society for Trauma and Emergency Surgery* (ESTES) e *Board Europeu do MRMI®*. Esta formação está destinada a todos os agentes de proteção civil e socorro e fundamenta-se num modelo de simulação avançada perante cenários de multivítimas, onde é treinada a cadeia de comando, o cenário do acidente, o transporte, a abordagem pré-hospitalar, a triagem, a gestão hospitalar, os corredores de evacuação e o suporte comunitário. O curso foi desenvolvido em 2009 por um grupo de peritos internacionais que integram a ESTES e desde então cerca de 2500 pessoas em 28 países foram formadas e nove centros de treino internacional foram criados. O curso tem a duração de três dias e está baseado na metodologia de treino *Mass Casualty Simulation* (MACSIM). Desde 2010 que esta formação é ministrada em Portugal e na RAM pela equipa de formadores do *Madeira International Disaster Training Center*. Pude frequentar esta formação em 2015 e participar na sua 17ª edição, em 2018, enquanto colaboradora.

Das alterações expostas na reunião, destacam-se os critérios para ativação dos níveis de alerta, a reorganização da sala de emergência, a reorganização do SU, o circuito dos doentes, o circuito do trânsito no espaço hospitalar, a zona de triagem de doentes e os procedimentos de ativação de recursos (humanos e materiais).

Na sequência desta atividade, testemunhei que o enfermeiro é também um agente que planeia a resposta à situação de catástrofe.

No dia 15 de Abril, acompanhei um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, perito em emergência pré-hospitalar e membro do Grupo de Trabalho do

Plano de Catástrofe do SU do HNM. Nesta experiência procedeu-se à observação da sala de emergência e do armário de catástrofe, à análise do atual plano em vigor, e à discussão das atualizações em curso e de aspetos relacionados com a organização do SU. Pude aperceber-me da relevância do enfermeiro chefe de equipa perante um evento desta natureza, designadamente no que diz respeito à gestão dos recursos humanos e materiais, à organização do serviço, à supervisão dos cuidados e à articulação com a equipa multidisciplinar. Constatei que nestes cenários a sua atuação vai de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados, e à unidade de competência relativa à gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe, no campo de ação das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

### 2.2.3. A prevenção, intervenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

O enfermeiro especialista é detentor de um corpo de conhecimentos que quando mobilizado no contexto da prática clínica lhe permite avaliar as necessidades de saúde da pessoa alvo dos seus cuidados e atuar em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019). Nesta continuidade, emerge a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, face à complexidade das situações, à diferenciação dos cuidados e ao recurso a medidas invasivas.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), infeção é descrita como sendo um “processo patológico: invasão do corpo por micro-organismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (2015, p.63).

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) representa um problema de saúde pública relevante, com importantes repercussões em termos de morbilidade e mortalidade e com impacto económico significativo (WHO, 2016). Esta problemática demonstra a importância de um saber especializado por parte do enfermeiro, que sendo o

profissional de saúde que maior contato estabelece com o doente, é assim responsável pela segurança dos cuidados.

A IACS consiste numa infeção adquirida pelo doente em contexto de cuidados de saúde, podendo também afetar os profissionais no exercício da sua profissão. Sendo um conceito abrangente, inclui o ambiente ambulatorio e todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. A identificação precoce é essencial e pressupõe comunicação e articulação assertivas, com o objetivo de minorar o risco (DGS, 2007).

A WHO estima que cerca de 7% dos doentes desenvolvem IACS nos países desenvolvidos e cerca de 10% nos países subdesenvolvidos (2016). No sentido de diminuir este evento adverso a nível nacional, em 2007 a DGS implementou o programa nacional de prevenção e controlo da IACS e em 2008 o programa nacional de prevenção das resistências antimicrobianas.

Em 2013, perante evidências de que Portugal se constituía como um dos países da união europeia com maior taxa de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde, com práticas de prescrição antibiótica passíveis de melhoria e com taxas de resistência a antimicrobianos preocupantes, a DGS prioriza na sua agenda, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), através do despacho nº 2902/2013, que funde os dois programas anteriores, dada a sua complementaridade. Nesta continuidade e mediante o despacho nº 15423/2013, são constituídos grupos de coordenação regional e local do PPCIRA. O programa assumiu como objetivos até 2020: melhorar a prevenção e o controlo das infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS; melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos; e, diminuir a resistência aos antimicrobianos. Foram implementadas estratégias multimodais de promoção das precauções básicas em controlo da infeção, vigilância epidemiológica de incidência de infeções, vigilância epidemiológica de prevalência das infeções, apuramento do consumo de antibacterianos e da resistência aos mesmos, numa perspetiva integrada entre todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde.

Fatores intrínsecos aos doentes tornam as IACS não totalmente erradicáveis, contudo a sua incidência pode ser diminuída.

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) compreendem um conjunto de regras de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde no sentido de minimizar o risco de infeção e baseiam-se em 10 padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento

clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Segundo a DGS (2016), as mãos dos profissionais de saúde constituem o veículo de transmissão de micro-organismos mais comum entre os doentes. Neste sentido, a higiene das mãos deve ser realizada friccionando as mãos com desinfetante de base alcoólica ou com água e sabão quando estas se revelem visivelmente sujas ou contaminadas com produtos orgânicos. Este procedimento abrange todos os profissionais de saúde que estão em contato com o doente ou com o seu ambiente, estando definidas cinco indicações que designam os momentos em que o mesmo é necessário: antes do contato com o doente, antes de procedimentos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após o contato com o doente e após o contato com o ambiente envolvente do doente.

A prevenção da infeção constitui um repto importante para os profissionais dos SU que face à sobrecarga de trabalho e escassez de recursos, vêm-se frequentemente confrontados com a necessidade de improvisar. A sobrelotação do serviço, as limitações de recursos humanos, o fluxo intenso de doentes e profissionais e as limitações estruturais são algumas das arduidades encontradas e que predispõem a infeção cruzada. A sobrecarga de trabalho associada à premência da técnica invasiva enquanto medida *lifesaving* traduz-se num constante equacionar do risco/ benefício.

Ao longo da minha experiência profissional, procurei manter a assepsia nos cuidados prestados, nomeadamente durante a realização de procedimentos invasivos nos distintos sectores do SU.

Na sala aberta do SU, o acumular de macas é um fator que complexifica o distanciamento entre os doentes. Apesar de existirem cortinas no espaço, estas revelam-se claramente insuficientes. Porém, implementei estratégias de maximização de segurança, providenciando uma adequada higienização das mãos, utilizando EPI e aplicando medidas de controlo ambiental.

Nas salas de observação e cuidados especiais, a distância entre as unidades encontra-se salvaguardada e é minimizado o risco pela existência de cortinas. Perante o doente imunodeprimido ou colonizado pude ainda aplicar medidas de isolamento protetor e de contenção, respetivamente, concebendo assim um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Perante o explanado, evidencia-se o desenvolvimento de estratégias que vão de encontro ao domínio da gestão de cuidados, das competências comuns do enfermeiro especialista. Num momento em que se percecionam mudanças profundas a nível das políticas de saúde e nas organizações, os enfermeiros são um recurso relevante na garantia da prestação de cuidados de qualidade através da utilização adequada de recursos, desde o nível operacional à gestão de topo (Parreira, Mónico, e Carvalho, 2017).

Nas UCI, o doente crítico ali internado evidencia maior predisposição para o desenvolvimento de infeção, devido a múltiplos fatores, a mencionar: a presença de dispositivos médicos invasivos que oferecem um contato direto com a corrente sanguínea, a rutura da barreira protetora da pele (cateteres intravasculares), a presença de dispositivos que oferecem uma porta de entrada direta dos micro-organismos a determinados órgãos e sistemas (cateter vesical e tubo orotraqueal com acesso direto às estruturas do trato urinário e pulmões, respetivamente), as alterações imunológicas associadas à terapêutica instituída e ao processo fisiopatológico subjacente, deficiências nutricionais, utilização de terapêutica antibiótica e a consequente alteração da flora da própria unidade (Gómez, 2015).

Baseadas em *guidelines*, várias diligências têm vindo a ser efetuadas a nível nacional, internacional e dentro das próprias instituições de saúde, com o objetivo de controlar a infeção e a resistência aos antimicrobianos.

A prevenção da infeção surge assim como um imperativo ético na busca da excelência do cuidar e atendendo à suscetibilidade à infeção no doente crítico. Adotei medidas para o seu controlo e prevenção, promovendo assim práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, das competências comuns do enfermeiro especialista).

Relevam-se neste enquadramento as normas emitidas pela DGS, relativamente a: Norma nº 20/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico; Norma nº 19/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesica; Norma nº 22/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central e a Norma nº 21/2015 – Feixe de intervenções de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação.

Integrando os Desafios *Gulbenkian*, surge em 2015 o projeto *Stop Infeção Hospitalar*, com o intuito de reduzir a incidência de infeções hospitalares em 50% (nos locais cirúrgicos, associado ao CVC, pneumonia associada à ventilação e cateter urinário) através da implementação de uma metodologia de melhoria contínua num período de três anos em

12 centros candidatos (Xavier, 2015). O SMI do HNM foi um dos serviços onde este projeto foi implementado, bem como a UCI do CHUSJ.

Passados três anos, os resultados apontaram para uma redução superior a 50% nas quatro tipologias de infeção, que se traduziram na melhoria de um problema de saúde pública a nível nacional (Venes, 2018).

Estes dados são concordantes com os do SMI, onde laboro (SESARAM, 2019) e refletem o empenho de toda uma equipa multidisciplinar. Nesta esfera, garanti um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e colaborei em programas de melhoria contínua da qualidade, no domínio da melhoria da qualidade, enquadrado nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

Utilizando a metodologia do processo de Enfermagem, elaborei nos contextos da prática o planeamento dos cuidados, nomeadamente no que tange aos feixes de intervenção de prevenção da infeção associada à intubação, na inserção e manutenção do cateter venoso central e na prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, indo assim de encontro aos diagnósticos de Enfermagem: risco de infeção associada ao dispositivo respiratório, risco de infeção associado ao cateter venoso central e risco de infeção associada a cateter urinário. Deste modo, pude desenvolver a unidade de competência relativa à conceção de um plano de prevenção, controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Nas unidades onde realizei o Estágio II, tal como no SMI do HNM, encontra-se instituído um procedimento que pretende prevenir a colonização/ infeção cruzada por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). Esta é uma bactéria que coloniza as narinas, axilas, faringe, vagina e superfícies cutâneas lesionadas, demonstrando capacidade de invasão e em desencadear doença em tecidos previamente saudáveis. A infeção pode surgir quando ocorre uma solução de continuidade na pele ou mucosa, possibilitando o acesso da bactéria aos tecidos ou à corrente sanguínea. Atualmente representa uma das principais causas de infeção na comunidade e associada aos cuidados de saúde. A sua resistência traduz-se num desafio à escala global. Estudos recentes demonstram a eficácia da higiene corporal com toalhetes de gluconato de clorohexidina a 2% na redução da aquisição de micro-organismos multirresistentes e na atenuação das infeções na corrente sanguínea. Todos os doentes admitidos na UCIPU do CHUSJ e no SMI do HNM são submetidos a higiene corporal com os referidos toalhetes nos primeiros cinco dias de

internamento, conforme o protocolo em vigor. Tendo em conta alguns fatores de risco, é concretizado o rastreio de MRSA através de zaragatoa nasal ou à ferida cutânea. Caso esta seja positiva, são iniciadas diligências de descolonização, pela aplicação nasal de Mupirucina a 2% pomada, associada a descolonização corporal através de banho diário com os toalhetes de clorhexidina (HNM, 2019). Neste seguimento pude aplicar políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

Na minha práxis, assisto a uma crescente consciencialização no que concerne ao uso de antibioterapia, verificando a agilização na colheita dos produtos microbiológicos antes do início da terapêutica antibiótica. Esta atitude permite a adequação do tratamento face ao resultado das culturas efetuadas. Constató a preocupação com a farmacocinética e farmacodinâmica dos antimicrobianos, mediante a utilização de protocolos de monitorização dos níveis séricos.

Perante o doente ventilado e com infeção suspeita ou validada, por micro-organismos cuja transmissão é feita por gotículas, reduzi a probabilidade de contaminação ambiental através da utilização de um circuito de aspiração de secreções traqueobrônquicas fechado e utilização de EPI adequado.

No SMI, perante a impossibilidade de manter todos os doentes infetados em isolamento físico, asseguro a sinalização adequada da unidade, alertando acerca do risco de contaminação e medidas a adotar. Sempre que viável, instalo um biombo no intento de delimitar o espaço, implementando assim estratégias proativas de prevenção e controlo da infeção. Deste modo, estabeleço procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica.

Na UCIPU, apesar de existir um distanciamento adequado entre as unidades dos doentes, não existe uma barreira física entre as mesmas, sendo este um aspeto a considerar aquando do planeamento e gestão dos cuidados.

Ciente de que a segurança do doente no âmbito do controlo e prevenção da infeção depende de um conjunto de atitudes a implementar por toda a equipa multidisciplinar, na minha prática observo a conduta adotada por outros profissionais (médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes operacionais) e, frequentemente intervenho, sugerindo a adoção de medidas corretivas e fazendo cumprir os procedimentos estabelecidos neste campo de ação. Deste modo, atuo na salvaguarda do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, revelando conhecimentos na prestação de cuidados especializados e seguros.



Considerando que as UCI são áreas críticas no que se refere ao risco de infeção, justifica-se a efetivação de planos de limpeza e desinfecção próprios. Neste sentido, procedi na prática clínica à supervisão da limpeza da unidade, triagem e circuito dos resíduos hospitalares, triagem e acondicionamento da roupa, de acordo com as normas em vigor, liderando o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, estabelecendo os mesmos procedimentos no SMI do HNM.

Promovi a literacia no contexto da prevenção da infeção, informando os familiares e pessoas significativas acerca das medidas a adotar. Neste sentido, atuei como dinamizadora de novos conhecimentos, uma vez que a transmissão de informação insere-se no âmbito da promoção da saúde, conforme descrito no Regulamento nº361/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem desta especialidade e ainda no desenvolvimento da competência comum do enfermeiro especialista, relativo à manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019).

Quanto aos cuidados pré-hospitalares, o controlo da infeção assume diferentes contornos, decorrentes da imprevisibilidade associada às ocorrências. No contexto da minha prática na EMIR e no INEM, durante o socorro, observei que os colegas adotavam uma conduta de prevenção e controlo da infeção, procedendo ao uso de EPI e desinfecção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica, maximizando a assepsia na realização de procedimentos invasivos e procedendo à separação e recolha dos resíduos hospitalares, dentro das possibilidades compatíveis com as circunstâncias. Em todos os episódios validamos a recolha total dos resíduos para posterior acondicionamento na zona dos sujos criada para o efeito.

Algumas situações impuseram a realização de procedimentos invasivos na célula sanitária das ABSC. Nestas, verifiquei o cuidado em estabelecer um circuito de limpos e de sujos, maximizando assim a intervenção na prevenção da infeção.

No manual da Ambulância SIV (INEM, 2007) consta um procedimento que descreve algumas recomendações que se coadunam com princípios de prevenção e controlo da infeção, nomeadamente quanto ao uso de equipamento de proteção individual, política de descontaminação de material e equipamentos, circuitos de recolha e tratamento de lixo.

Perante o exposto, reconheço a infeção como um dos focos de atenção da minha prática, tendo assim maximizado a intervenção na sua prevenção e controle perante a complexidade da situação e a necessidade de resposta em tempo útil e adequado. Neste

processo, no domínio da gestão dos cuidados referente às competências comuns do enfermeiro especialista, pode otimizar a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

### **3. O CONSTRUTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

O ingresso neste nível de ensino surgiu no intento de maximizar a segurança, a qualidade e o bem-estar dos beneficiários dos meus cuidados, premissa pela qual sempre norteiei a minha prática.

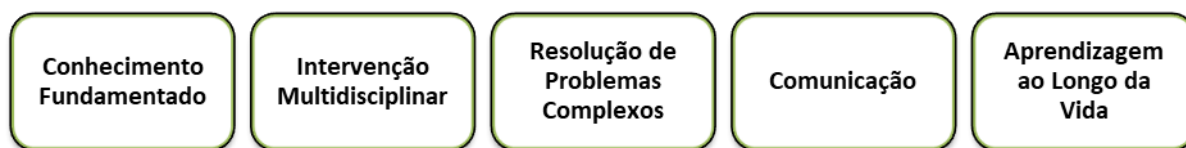
Na busca pela excelência do exercício profissional, ao longo destes 14 anos, procurei refinar conhecimentos e desenvolver competências no cuidar do doente acometido por doença crítica, em situação urgente/ emergente/ de exceção.

Em retrospectiva, percebo que este processo sustentou-se na consolidação de saberes consequentes das vivências profissionais oriundas dos distintos contextos da prática, na relação com os pares, na proatividade pela aprendizagem e na investigação. Por conseguinte, frequentei várias formações das quais saliento os cursos de SBV com DAE, SAV, SIV, Urgências Traumatológicas, ATCN®, MRMI®, Cuidados ao Doente Crítico, ACLS®, TCCC®, Curso de monitorização do *Dellirium* em UCI, Curso de monitorização de circuitos extracorporais no doente crítico, Curso de *Nutrition support in intensive care*, Curso de ECMO, bem como a participação em vários congressos que viabilizaram a atualização de conteúdos. Entendo que a conduta adotada vai de encontro à perspetiva de Le Bortef (2008) que defende que a competência decorre de um processo de interação contínuo entre vários recursos.

Perceciono este fundamento como um contributo para uma prática orientada pelo pensamento crítico, assente em evidência e cujos subsídios proporcionam o aperfeiçoamento contínuo da qualidade inerente ao processo assistencial ao doente. Esta perspetiva vai de encontro aos autores Chang, Kuo, Yang e Chou (2010), que asseveram que o pensamento crítico presente em enfermeiros qualificados com grau de mestrado é significativamente maior comparativamente aos profissionais sem este grau académico.

As competências conducentes ao grau de Mestre, à luz do artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018 e conforme sumariado na figura 2, são compatíveis com um nível de conhecimento aprofundado e fundamentado, com a aptidão para a resolução de problemas em contextos multidisciplinares, com a habilidade para lidar com questões complexas, com a capacidade em comunicar e em orientar a sua aprendizagem de forma autónoma e autodirigida.

**Figura 2 - Competências de Mestre**



*Fonte: À luz do Decreto-Lei nº 65/2018 (p. 4150)*

Nesta continuação, consciente de que o processo de aprendizagem ocorre de forma continuada, assumo no desempenho da profissão uma postura proativa na aquisição de novos saberes. Alicerçada pelos conhecimentos aprofundados até então, procuro aplicá-los na prática do exercício profissional e em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo, conforme se atestou no decorrer dos estágios integrados no CMEMC e nas atividades realizadas com o desígnio de desenvolver a mestria.

Neste enquadramento, o Projeto de Autoformação revelou-se profícuo ao admitir uma aprendizagem auto-orientada e autónoma, promotora do desenvolvimento de competências. Enquanto discente deste curso de mestrado e na busca pela excelência do cuidar, procurei colmatar os hiatos de conhecimento identificados, definindo campos de estágio considerados de referência na área que reconheci como fonte de motivação profissional.

Durante o Estágio II - Cuidados Intensivos, conforme narrado no capítulo anterior, pude aplicar conhecimentos e resolver problemas em contextos alargados e multidisciplinares, no que tange à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente acometida por doença neurocrítica (com as várias opções de neuromonitorização inerentes) ou submetida a técnica de ECMO, enquanto quadros pouco familiares e nos quais procurei demonstrar integração de conhecimentos e capacidade em lidar com questões complexas. Perante o desafio do cuidar nestas circunstâncias, implementei métodos de aprendizagem e de resolução de problemas, nomeadamente utilizando o processo de Enfermagem. Neste enquadramento, partilhei e comuniquéi as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios na equipa de Enfermagem com a qual contatei e na qual integravam profissionais especialistas e não especialistas.

Efetivamente, neste grau académico, o aprendizado presume intencionalidade e fatores motivacionais intrínsecos. Nesta conjuntura, demonstrei interesse na aprendizagem continuada e autónoma, evidenciada pela constante indagação. No estágio II – Cuidados

Intensivos, empenhei-me no sentido de diversificação de experiências. Assim, prestei cuidados ao doente crítico acometido por distintas situações fisiopatológicas, colaborei com os meus pares, assisti à consulta de *follow up* e conheci a UCIN.

No estágio III – Opção, saí da minha zona de conforto e perante o desafio de prestar cuidados de Enfermagem ao doente crítico em ambiente pré-hospitalar, registo estes momentos como uma oportunidade de elevado privilégio. Na EMIR e no INEM pude demonstrar capacidade de mobilização de saberes, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, demonstrar capacidade de adaptação e proatividade na aprendizagem.

Durante o CMEMC, participei em vários congressos, atestando assim competências de aprendizagem autónoma e auto-orientada.

Em Outubro de 2018 participei nas Jornadas de Enfermagem “Cuidar o Doente Crítico... dos cuidados emergentes à reintegração”, no Funchal, onde foram abordadas temáticas na vertente do doente crítico na ótica do pré-hospitalar, SU, SMI e BO.

No mesmo mês, estive presente no IV Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica e no primeiro Seminário em Emergência Extra-Hospitalar, em Aveiro, promovido pela Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foram abordadas temáticas como a Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar na perspetiva nacional, internacional e enquanto competência acrescida, Enfermagem Avançada, doença crónica, cuidados paliativos, prevenção e controlo da infeção, dotações seguras e a prática especializada. Neste congresso pude realizar o Curso de ECMO.

Em Novembro de 2018, participei no Congresso Nacional de Emergência Médica. Este foi o primeiro congresso de Emergência Médica Pré-hospitalar a decorrer na RAM, numa parceria entre a Secretaria Regional da Saúde, SRPC e INEM. Do leque de oradores saliento a presença do cirurgião Itamar Ashkenazi, instrutor internacional do curso de MRMI®. Das temáticas abordadas, salientam-se: o SIEM, o panorama atual da RAM relativamente à emergência pré-hospitalar, as PCR, as vias verdes, o trauma, o resgate em montanha, o apoio psicológico e a intervenção em crise, o helitransporte, o resgate marítimo, o trauma rodoviário e os sistemas de informação em emergência.

Em Abril de 2019, participei no IV Congresso Insular de Enfermagem, no Funchal, promovido pela Ordem dos Enfermeiros e onde participaram vários conferencistas de renome sob a temática “*Value-added Nursing Care*”. Objetivando a partilha de conhecimento e o contributo para a edificação da ciência em Enfermagem, participei com a

apresentação de um *poster* com o tema “Cuidar do Doente Crítico Vítima de Trauma Numa Unidade de Cuidados Intensivos: uma abordagem à família”. Neste, utilizei a metodologia do processo de Enfermagem e a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), fundamentando-me num caso clínico referente a um jovem adulto, vítima de TCE, com necessidade de internamento em UCI. O objetivo visava a compreensão das necessidades da família da pessoa em situação crítica vítima de trauma, internada numa UCI e o desenvolvimento de conhecimento no que tange aos cuidados de Enfermagem especializados à família, nestas circunstâncias. Expus assim um conjunto de intervenções de Enfermagem direcionadas ao diagnóstico “Crise Familiar Atual”. A realização deste trabalho permitiu concluir que os cuidados de Enfermagem centrados na família fortalecem os pilares da profissão, alicerçando o desenvolvimento de competências em Enfermagem na primazia do cuidar nas suas múltiplas dimensões e não apenas na grande diferenciação técnica. Com a realização desta atividade, demonstrei capacidade em comunicar as minhas conclusões, conhecimentos e raciocínios, perante um público especialista e não especialista.

Ainda no processo de construto de competências de Mestre, a atividade a que me propus no âmbito do Exercício MRO impôs capacidade de compreensão e resolução de problemas perante situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares e capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas. Enquanto colaboradora no exercício, integrei a segunda equipa de EMIR. A minha colaboração dirigiu-se fundamentalmente ao socorro em terra, onde cooperei na montagem dos PMA para as vítimas com prioridades dois (amarelo) e três (verde) e observei a atuação da equipa de emergência. Pude realizar o acolhimento e triagem secundária às vítimas e encaminhá-las para o PMA em conformidade com a prioridade atribuída. Colaborei ainda com a PSP na identificação das vítimas e solicitei apoio psicológico para as mesmas.

O exercício permitiu-me compreender (*in loco*) os distintos papéis dos membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente do enfermeiro em ambiente pré-hospitalar e analisar a cadeia de comandos intrínseca a uma situação de catástrofe/ emergência multivítimas, na RAM. Esta revelou-se uma atividade extremamente produtiva dada a abrangência de conhecimentos exigida e à necessidade de gestão de questões complexas.

Das atividades concretizadas, salienta-se a participação em dois eventos *mass gathering*. Reconheci nestes acontecimentos uma oportunidade de aprendizagem ímpar no que remete à edificação de saberes neste domínio. Assim, através da ESESJC, foi oficialmente solicitada a minha participação no evento desportivo EDP Meia Maratona de Lisboa 2019, na qualidade de observadora, à empresa FEMÉDICA (apoio clínico oficial da

prova). Nos mesmos moldes, foi solicitado ao Hospital Particular da Madeira, a participação no apoio clínico do evento desportivo *Madeira Island Ultra Trail* (MIUT®) 2019, tendo sido aceite a minha cooperação, desde o planeamento à sua implementação.

A EDP Meia Maratona de Lisboa é a maior prova de atletismo de Portugal, reunindo anualmente cerca de 35 000 participantes, provenientes de diversas nacionalidades, idades, crenças e extratos sociais.

No evento, a FEMÉDICA possibilitou-me a visita a todos os postos de apoio médico e ao percurso da prova. Na equipa de apoio clínico foram integrados sete médicos, 16 enfermeiros, 46 TEPH e 36 bombeiros. Nesta prática, pude compreender a articulação do apoio médico oficial com os agentes de proteção civil e com os hospitais de referência para encaminhamento de vítimas; pude entender a distribuição dos profissionais e dos meios de socorro, os meios de comunicação utilizados, a montagem dos PMA de acordo com a prioridade a que se destinavam, o processo de triagem e o registo das ocorrências.

O MIUT®, por sua vez, é um evento desportivo inserido no circuito mundial de *trail running*, modalidade pedestre de corrida de longa distância. No mesmo evento coexistem quatro provas, com diferentes distâncias: MIUT – 115km; Ultra – 85km; Marathon – 42km; e Mini – 16km.

A primeira edição do MIUT® sucedeu em 2008. Desde então, a adesão à modalidade transformou a prova numa referência mundial, atraindo milhares de participantes de diversas nacionalidades, nomeadamente atletas de elite. Um evento desta envergadura influencia o tecido socioeconómico da região e implica uma atempada e minuciosa preparação, sobretudo no que alude à saúde e segurança dos atletas, apoiantes, voluntários, membros do *staff* e público. Atualmente é considerado um evento *mass gathering*, pois envolve a participação de um elevado número de pessoas (nesta edição, cerca de 2700 atletas, além do público, voluntários e *staff*). Diversas variáveis acentuam o risco do evento, nomeadamente: a distância (115 km), a duração (36 horas), as condições atmosféricas, o terreno e a grande dispersão geográfica. O plano de segurança envolve a integração de vários meios e agentes de proteção civil, com o intuito de assegurar a segurança dos intervenientes.

Foi-me proporcionada a oportunidade de participar em várias reuniões de preparação com a equipa de coordenação do apoio clínico (uma médica e dois enfermeiros coordenadores). Ao longo dos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2019 pude colaborar com as tarefas planeadas, nomeadamente na revisão do manual de procedimentos, na confirmação e organização da logística e na formação da equipa. Nas reuniões, apresentei

algumas propostas de melhoria, baseando-me em evidência científica, nas Recomendações da OMS para eventos de *mass gathering* e na experiência da atividade que desenvolvi com a FEMÉDICA. Das propostas apresentadas saliento: a implementação de um procedimento de triagem em todos os PMA realizado por médico ou enfermeiro; a organização dos PMA de acordo com a prioridade atribuída à situação fisiopatológica (prioridade um – vermelho: emergente, prioridade dois – amarelo: urgente e prioridade três – verde: não urgente); a conceção de uma área no PMA destinada ao doente crítico (reservada, de fácil acesso a maca/ambulância, devidamente equipada com DAE ou monitor/ desfibrilhador, mala medicalizada e material de abordagem de via aérea); a disponibilidade de DAE e mala medicalizada em todos os postos de apoio clínico; a revisão dos acessos aos PMA (garantindo a acessibilidade a maca, ambulância, equipas de socorro e uma rápida evacuação de vítimas) e a criação de um circuito de sujos e lavatório para a higienização das mãos em todos os postos. Neste sentido, ficou manifesta a capacidade em integrar conhecimentos e atuar em conformidade desenvolvendo soluções, perante questões complexas.

As sugestões foram aceites pela equipa de coordenação e decidida a concretização de uma formação com o intuito de uniformizar procedimentos e informar a equipa acerca das propostas. Deste modo, no dia 12 de Abril de 2019, realizei uma formação destinada aos médicos e enfermeiros da equipa de apoio clínico e que incidiu sobre os seguintes conteúdos: conceitos implícitos aos eventos de massa, plano de segurança e coordenação de meios do MIUT®, caracterização do evento, situações fisiopatológicas mais frequentes, triagem das vítimas, posto médico avançado (organização, circuitos e procedimentos), comunicação e registos. Nesta atividade, demonstrei capacidade em comunicar perante um público especialista e não especialista, utilizando uma linguagem clara e adaptada ao mesmo.

Em suma, neste evento, a equipa de apoio clínico compôs-se por 35 enfermeiros (com experiência em SU, UCI e/ ou emergência pré-hospitalar, especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Reabilitação) e seis médicos. A equipa foi distribuída pelos diferentes postos, em pontos estratégicos ao longo do percurso; todos os postos foram equipados com DAE e mala medicalizada e dotados de pelo menos um operador certificado em DAE; a coordenação da equipa (dois enfermeiros coordenadores, a médica diretora da prova e eu enquanto colaboradora) ficou alocada no secretariado da prova, com o intuito de gerir a logística e fazer a ponte entre a equipa de apoio clínico, a organização e os agentes de proteção civil; todos os PMA foram organizados por áreas de acordo com as prioridades e devidamente sinalizados; em todos os PMA foi instituído um processo de triagem aos atletas; todas as situações fisiopatológicas assistidas foram



registadas em impresso próprio; foi realizada carta de referência com o registo dos dados da ocorrência, dados da vítima e intervenção realizada sempre que necessária transferência para unidade de saúde e concretizado contacto com a EMIR sempre que a situação assim o ditou. Com o objetivo de orientar a prática da equipa em cada posto, foi entregue a cada profissional um manual onde constavam os procedimentos gerais, condições fisiopatológicas mais frequentes, protocolos de atuação, atribuição de prioridades, escalas de avaliação e estratégias de comunicação de situações urgentes.

No total, registaram-se 555 ocorrências com necessidade de intervenção da equipa, sendo a maioria das intervenções direcionadas a afeções do foro músculo-esquelético, dermatológico e digestivo.

Através de entrevista informal obtive um *feedback* muito positivo relativamente às propostas implementadas, sendo unanimemente evidenciada uma melhor organização e segurança nos cuidados, bem como a maximização da privacidade, conforto e segurança dos atletas.

Face ao exposto, considero ter demonstrado um nível de conhecimentos e de compreensão aprofundados que se coadunam com o grau de Mestre em Enfermagem os quais reconheço como produto de um processo de refinamento de saberes subjacentes ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, conforme narrado ao longo deste documento.

## **CONCLUSÃO**

Consumada a realização deste relatório e refletindo acerca do percurso alusivo ao desenvolvimento de competências como Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, permito-me tecer algumas considerações finais.

A busca pela excelência contínua do cuidar, orientou-me a integrar este nível de ensino. Encaro assim a concretização deste relatório como uma oportunidade de reflexão crítica e de demonstração de todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de saberes especializados em Enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica.

Ao longo do documento, à luz da evidência científica, foram evidenciadas importantes vivências subjacentes a 14 anos de exercício profissional e relevados os contributos decorrentes da discência do CMEMC no desenvolvimento de competências comuns enquanto enfermeira especialista e de competências específicas em Enfermagem à pessoa em situação crítica.

Na sequência de uma análise às minhas inquietações como enfermeira e impulsionada pelo projeto de autoformação, direcionei a atenção na vertente do cuidado à pessoa em situação crítica vítima de catástrofe e emergências multivítimas, numa perspetiva integrada do cuidado de Enfermagem especializado desde o pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

Na certeza de que o desenvolvimento de competências neste domínio do saber me iria preparar para uma intervenção mais proficiente, realizei uma revisão de literatura fundamentada em evidência atual. Esta, além de refinar os meus conhecimentos, orientou-me relativamente à seleção dos campos de estágio.

Os estágios decorreram em ambientes suscetíveis de concretizar cuidados especializados ao doente crítico, família/ cuidador, em contexto de cuidados intensivos e face a uma situação de catástrofe ou emergência multivítimas, em ambiente extra-hospitalar e num SUP.

Atendendo à diversidade de experiências vivenciadas e ao contacto concretizado com vários peritos na área de urgência, cuidados intensivos, emergência pré-hospitalar, trauma e catástrofe, entendo a realização das práticas clínicas como momentos de

aprendizagem de acentuado prestígio, cujas mais-valias perentoriamente me acompanharão pela vida profissional.

Sendo a aprendizagem um processo dinâmico, atendendo ao nível de ensino em questão, adotei uma conduta proactiva e autónoma na procura de oportunidades que colmatassem as minhas necessidades na área do saber. Neste âmbito, além das práticas clínicas implícitas às unidades curriculares, foram concretizadas várias atividades referentes à área da catástrofe e situações de exceção, que viabilizaram a concretização dos objetivos a que me propus.

Perceciono o enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica como um agente facilitador no planeamento e implementação de estratégias de saúde perante a pessoa em situação crítica, vítima de catástrofe ou emergência multivítimas, contribuindo para a realização de processos de transição saudáveis, sendo a sua intervenção igualmente determinante em todas as fases do socorro e do designado ciclo de vida da catástrofe.

Reconheço que as experiências vivenciadas no decorrer deste mestrado foram de encontro às minhas inquietações e anuíram o desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos, promotores de cuidados mais proficientes, mais seguros e de melhor qualidade.

Algumas arduidades surgiram ao longo deste percurso. Destas, saliento a impossibilidade de realizar como havia projetado, uma componente do Estágio III – Opção, em contexto internacional (por motivos relacionados com o campo de estágio então selecionado), bem como a gestão do tempo para realizar este relatório final em conjugação com a vida profissional e pessoal. Estas vicissitudes foram superadas pela acentuada motivação pessoal que considero ter orientado a minha conduta desde o ingresso neste curso.

Numa perspetiva futura, manifesto interesse em estudar o cuidado especializado ao doente crítico vítima de uma situação de catástrofe numa perspetiva integrada desde o pré-hospitalar até à sua reintegração na comunidade. Encaro este estudo numa ótica de relevância do contributo do enfermeiro em todas as fases inerentes ao fenómeno, uma vez que no âmbito do CMEMC limitei o estudo (em concordância com os objetivos delineados no projeto de autoformação), à perspetiva do pré ao intra-hospitalar. Identifico neste campo de ação uma excelente oportunidade de investigação científica, na certeza de que o produto da mesma revelar-se-ia um importante contributo no processo de edificação da ciência em Enfermagem, bem como na afirmação da autonomia da profissão.

Entendo a conclusão deste curso não como o culminar de um processo, mas antes como uma fase de aprendizagem e uma ponte para futuros desafios profissionais. Neste prisma, na procura contínua pela excelência profissional, pretendo continuar a investir na

temática abordada, convicta da consequente adição de subsídios à pessoa alvo dos meus cuidados. Apraz-me particularmente o exercício profissional do enfermeiro em ambientes hostis, pelo que tenciono prosseguir a minha formação nesse sentido.

Ainda neste enquadramento, pondero ingressar num curso de Doutoramento em Enfermagem e assim dar continuidade ao desenvolvimento de competências.

Em sùmula, perante o descrito, concluo que este processo de aprendizagem foi determinante para o construto da minha identidade profissional, tendo possibilitado o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica, bem como as competências conducentes à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau.
- American College of Surgeons. (2018). *ATLS®: Advanced trauma life support®* (10th ed.). Chicago: Author.
- American Heart Association. (2016). *Suporte avançado de vida cardiovascular: Manual do profissional*. Estados Unidos da América: Integracolor.
- Annich, G. (2012). *ECMO: Extracorporeal cardiopulmonary support in critical care*. Michigan: ELSO.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2015). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Retrived from [http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes\\_p%C3%BAblicas.pdf](http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf).
- Barreto, L., & Santos, L. (2019). Caring for the person in critical situation with impaired neurological status. *Medical Science*, 23(99), 622-627.
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A. P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos Enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 83-92, doi: 10.12707/RIV16085.
- Becker, T. K., Gausche-Hill, M., Aswegan, A. L., Backer, E. F., Bookman, K. J., Bradley, R. N.,... Schoenwetter, D. J. (2013). Ethical Challenges in Emergency Medical Services: Controversies and Recommendations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(5), 488-497, doi:10.1017/S1049023X13008728.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 8(3), 402-407.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bessa, M. R. R. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal: Estudo de caso: A actuação do CNECV* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito da

- Universidade do Porto). Retrived from <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/71440?locale=pt>.
- Bossaert, L. L., Perkins, G. D., Askitopoulou, H., Raffay, V. I., Greif, R., Haywood, K. L., ... Xanthos, T. T. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*, 95, 302-311, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.033>.
- Branco, M. R. (2015). *Potencial de ressuscitação cardiopulmonar assistida por ECMO na emergência pré-hospitalar* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1359>.
- Brazão, M. L., Nóbrega, S., Bebian, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8-14.
- Campbell, J. E., & Alson, R. L. (2018). *International trauma life support for emergency care providers* (8th ed.). Inglaterra: Global Edition.
- Canzian, S., Gleen, M., Henn, R., Howard, J., Koestner, A., & Seislove, E. B. (2013). *Advanced Trauma Care for Nurses®: Student Manual*. Kentucky: Society of Trauma Nurses.
- Ceitel, M. (2016). *Gestão e desenvolvimento de competências* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Center for Research on The Epidemiology of Disasters. (2019). *Natural disasters 2018*. Retrieved from <https://www.cred.be/publications>.
- Chang, M. J., Chang, Y., Kuo, S., Yang, Y., & Chou, F. (2010). Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *Journal of Critical Nursing*, 20, 3224-3232, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03593.x.
- Chouhan, V. S., & Srivastava, S. (2014) Understanding Competencies and Competency Modeling – A Literature Survey. *IOSR Journal of Business and Management*, 16, 14-22, doi: 10.9790/487X-16111422.

- Coelho, A., Costa, A., & Lima, M. (2013). Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 239-253, doi:10.18569/tempus.v7i4.1432.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. Retrieved from <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>.
- Comité de Redação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*. Retrieved from <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>.
- Conceição, M. A. M. (2016). *Adequação dos recursos humanos às necessidades de trabalho*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89733/2/170933.pdf>.
- Crawford, K., Morphet, J., Jones, T. Innes, K., Griffiths, & D., Williams, A. (2014). Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: A literature review. *Collegian*, 21(4), 359-366, doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.09.005>.
- Crouch, R., Charters, A., Dawood, M., & Bennett, P. (2017). *Oxford Handbook of Emergency Nursing* (2nd ed). United Kingdom: Oxford University Press.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825-e873, doi:10.1097/CCM.0000000000003299.
- Dias, J. A., & Suspiro, A. (2017). Queda de árvore provocou 13 mortos no Funchal. *Observador*. Retrieved from: <https://observador.pt/2017/08/15/queda-de-arvore-mata-duas-pessoas-no-funchal-junto-a-procissao/>.
- Diniz, D., & Guilhem, D. (2002). O que é bioética. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 315-316, doi: 10.1590/S1413-81232003000100025.

- Direção Geral da Aeronáutica Civil. (1977). *Relatório do acidente: Transportes aéreos portugueses boeing 727-282: CS-TBR*. Retrieved from [https://reports.aviation-safety.net/1977/19771119-1\\_B722\\_CS-TBR.pdf](https://reports.aviation-safety.net/1977/19771119-1_B722_CS-TBR.pdf).
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2017). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. Funchal: Author.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2018). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. Funchal: Author.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. 03/2007. Lisboa: Author.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Manual de acreditação de unidades de saúde* (2ª ed.) Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Guia de Implementação da Estratégia Multimodal da Organização Mundial da Saúde para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de Saúde*. Retrieved from [https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016\\_guia\\_implementacao\\_hm-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016_guia_implementacao_hm-pdf.aspx).
- Félix, Z. C., Costa, S. F. G., Alves, A. M. P. M., Andrade, C. G., Duarte, M. C. S., & Brito, F. M. (2013). Eutanásia, distanásia e ortotanásia: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2733-2746, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.
- Fernandes, S. J. F. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa). Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese\\_Dout\\_SD\\_Final\\_23.10.10.paginada.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf).
- Ferreira, A. B. (2019). 29 mortos e 27 feridos no acidente com autocarro de turismo na Madeira. *Diário de Notícias*. Retrieved from <https://www.dn.pt/pais/interior/varios-mortos-em-acidente-com-autocarro-de-turismo-na-madeira-10809120.html>.



- Freire, E. R. (2015). Futilidade médica, da teoria à prática. *Arquivos de Medicina*, 29(4), 98-102. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n4/v29n4a03.pdf>.
- Freitas, F. (2011). Ondas de Calor em Portugal: Impacto Humano e regimes de Regulação de Risco. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21500/1/ff\\_2007124514.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21500/1/ff_2007124514.pdf).
- Gómez, C. M. H. (2015). *Clinical intensive care medicine*. Londres: Imperial College Press.
- Grochtdreis, T., Jong, N., Harenberg, N., Gorres, S., & Scroder-Back, P. (2016). Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *South Eastern European Journal of Public Health*, 8, 1-19, doi: 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-133.
- Holanda, F. L., Marra, C. C. & Cunha, I. C. K. (2014). Construção da Matriz de Competências Profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373-379, doi: 10.1590/1982-0194201400062.
- Hospital Dr. Nélio Mendonça. (2011). *Política nº 1: Manual do serviço de urgência*. Acessível no Serviço de Urgência do SESARAM, Funchal, Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situações de Exceção: Manual TAS*. Portugal: Author.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2007). *Precauções universais*. Acessível no INEM, Lisboa, Portugal
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2018). *Plano de actividades 2018*. Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Plano-Atividades-INEM-2018-30-01-2018.pdf>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Módulo de emergência médica do INEM certificado pela OMS*. Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-21-M%C3%93DULO-DE-EMERG%C3%84NCIA-M%C3%89DICA-DO-INEM-CERTIFICADO-PELA-OMS.pdf>.

- International Council of Nurses. (2006). *Advanced nursing practice*. United States of America: Blackwell Publishing Ltd.
- International Council of Nurses. (2015). *CIPE ® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trans.) Lusodidacta. Edição portuguesa.
- Irwin, R. S., Lilly, C. M., Mayo, P. H., & Rippe, J. M. (2018) *Intensive care medicine* (8th ed.). New York: Wolters Kluwer.
- Jónasdóttir, R. J., Klinke, M. E., & Jónsdóttir, H. (2015). Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 20-37, doi: 10.1111/jocn.12939.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coelho, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research (4th ed.)*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kapoor, P. M. (2014). *Manual of extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in the ICU*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Koenig, K. L. & Schultz, C. H. (Eds.). (2010). *Disaster medicine: Comprehensive principles and practices*. United States of America: Cambridge University Press.
- Kollek, D. (2013). *Disaster preparedness for healthcare facilities*. United States of America: People's Medical Publishing House.
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, Fronda, D. C., Obeidat, A., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: A systematic review of literature. *International Nursing Review*, 6 (1), 1-13, doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12369>.
- Lateef, F. (2011). Ethical issues in disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(4), doi: 10.1017/S1049023X1100642X.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence*. Paris: Groupe Eyrolles.

- Lennquist, S. (Ed). (2012). *Medical response to major incidents and desastres: A practical guide for all medical staff*. Sweden: Springer.
- Loke, A. Y., & Fung, O. W. M. (2014). Nurses competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 3289-3303, doi:10.3390/ijerph110303289.
- Lynn, M., Lieberan, H., Lunn, L., Pust, G. D., Stahl, K., Yeh, D. D., ... Zakrison, T. L. (2019). *Disaster and Mass Casualty Incidents* (2nd Ed.) Switzerland: Springer.
- Macedo, R. P. A. (2017). Nursing activities score, NAS : Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa (Relatório final para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- Madigan, M. L. (2018). *Handbook of emergency Management concepts: A step-by-step approach*. United States of America: CRC Press.
- Makdisi, G., & Wang, I. (2015). Extra corporeal membrane oxygenation (ECMO) review of a lifesaving technology. *Journal of Thoracic Disease*, 7(7), 166-176., doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.07.17.
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency Triage* (3rd ed.). United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Martins, C. (2018). Morreram 114 pessoas nos fogos de 2017. *Expresso*. Retrieved from <https://expresso.pt/sociedade/2018-03-20-Morreram-114-pessoas-nos-fogos-de-2017-1>.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “Intelligence”. *American Psychologist*, 28(1), 1-14, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0034092>.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mello, C. M., Witt, R. R., Dorneles, E. L., & Marin, S. M. (2013). A enfermagem no atendimento em desastres e em eventos com múltiplas vítimas. *Vitalidade*, 25 (1), 37-44.

- Modrykamien, A. M. (2012). The ICU follow-up clinic: A New Paradigm for intensivists. *Respiratory Care*, 57(5), 764-772, doi:10.4187/respcare.01461.
- Morais, C. M. F. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados* (Dissertação de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688>.
- Morais, T. C. A. & Monteiro, P. S. (2017), Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Revista bioética*, 25(2). 311-319, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Critical care nursing: A holistic approach* (10th ed.). Nova Iorque: Wolters Kluwer.
- Nóbrega, T. (2005). Identificados os cinco turistas italianos mortos em acidente com autocarro na Madeira. *Público*. Retrieved from <https://www.publico.pt/2005/12/26/jornal/identificados-os-cinco-turistas-italianos--mortos-em-acidente-com-autocarro-na-madeira-55564>.
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, (17), 3-9. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17\\_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de posição: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Author.

- Ordem dos Enfermeiros. (2014) *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Porto: INESC TEC.
- Ordem dos Engenheiros. (2016). *Gestão de risco de incêndio florestal: Dos conceitos à operação*. Retrieved from <https://www.ordemengenheiros.pt/fotos/editor2/regioes/madeira/relatoriofinal.pdf>.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boas práticas em trauma*. Lisboa: Autor.
- Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Lisboa: Author. Retrieved from [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por).
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Dinamarca: Author.
- Parreira, P., Mónico, L., & Carvalho, C. (2017). *Liderança e seus efeitos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Partridge, R. A., Proano, L., & Marcozzi, D. (2012). *Oxford american handbook of disaster medicine*. New York: Oxford University Press.
- Pedreira, L. C., Santos, I. M, Farias, M. A., Sampaio, E. S., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(4), 533-539. Retrieved from <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4142/11649>.
- Penedo, J. M. V. dos S. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

- Piccoli, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Oliveira, R. J. T., Santos, E. K. A., & Amante, L. N. (2015). Reflectindo sobre algumas teorias de Enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 437-442. Retrieved from <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37891/25558>.
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Taylor, B. (2014). Emergency resuscitation team roles: What Constitutes a team and who's looking after the family? *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 124-132, doi: 10.5430/jnep.v4n3p124.
- PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde – Recomendação Técnica nº 09/2013. 2013-04-01. Recomendação técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. Acessível na ACSS.
- PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde – Recomendação Técnica nº 11/2015. 2015-12-01. Recomendação técnicas para serviços de urgência. Revisão obrigatória realizada em dezembro de 2016. Acessível na ACSS.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar. 2014). Lei nº 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, nº 57, 1.<sup>a</sup> série.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (3 ago. 2015). Lei n.º 80/2015. *Diário da República*, nº 149, 1.<sup>o</sup> série.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Circular normativa nº:015/2013. 03/10/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Atualizada a 04/11/2015. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (10 de novembro de 2014). Regulamento nº 506/2014: Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da República* nº 217, 2.<sup>a</sup> Série.
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 jul. 2015). Despacho nº 8046/2015. *Diário da República* nº 141, 2.<sup>a</sup> série.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho n.º 1400-A/2015, *Diário da República* nº 28, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014, *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (13 out. 2017). Despacho n.º 9063/2017. *Diário da República*, n.º 198, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (22 fev. 2012). Despacho n.º 2902/2013. *Diário da República*, n.º 38, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (26 nov. 2013). Despacho n.º 15423/ 2013. *Diário da República*, n.º 229, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (27 mai. 2015). Despacho n.º 5613/2015, *Diário da República* n.º 102, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 mai. 2017). Portaria n.º 153/2017. *Diário da República*, n.º 215, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 nov. 2013). Despacho n.º 14341/2013. *Diário da República*, n.º 215, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 nov. 2013). Despacho n.º 14341/2013. *Diário da República*, n.º 215, 2.<sup>a</sup> série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 018/2014. 09/12/2014. Prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa n.º 20/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa n.º 22/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 19/2015. 15/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 21/2015. 16/12/2015. “Feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Orientação da Direcção-Geral da Saúde. 06/10/2010. Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde. Acessível na Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 jul. 2019). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República*, n.º 135, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (23 abr. 2015). Regulamento nº 190/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerias. *Diário da República* n.º 79, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 361/2015. *Diário da República*. 2ª Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 set. 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei nº 156/ 2015. *Diário da República*. 1ª Série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (6 fev. 2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 26, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer nº 14/2018. 02/07/2018. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/ Emergência. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.



- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Parecer nº 09/2017. 06/03/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Presidência do Conselho de Ministros. (16 ago. 2018). Decreto-Lei nº65/2018. *Diário da República, nº 157, 1.ª série.*
- PORTUGAL. Serviço Regional de Protecção Civil, IP – RAM. 2015. Plano Regional de Emergência de Protecção Civil da Região Autónoma da Madeira. Acessível em SRPC, IP-RAM, Funchal, Portugal.
- Powers, R., & Daily, E. (2010). *International disaster nursing*. New York: Cambridge University Press.
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Reis, F. F. dos & Rodrigues, V. M. C. P. (2002). *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de Enfermagem*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosa, R. G., Ferreira, G. E., Viola, T. W., Robinson, C. C., Kochhann, R. Berto, P. P., ... Teixeira, C. (2019). Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Critical Care*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.04.014>.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar enfermagem*, 19(1), p.31-46.
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributo para a clarificação do conceito de competência numa perspectiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 87-114.
- Santos, C. R., Dixe, M. A. C. (2017). Validação cultural do disaster evaluation tool - DPET® (pp. 69-89). In M. A. C. R. Dixe, P. M. L. Sousa & P. J. S. Gaspar. *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Leiria: Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto politécnico de Leiria. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/profile/Pedro\\_Gaspar3/publication/320077187\\_Construindo\\_conhecimento\\_em\\_Enfermagem\\_a\\_Pessoa\\_em\\_Situacao\\_Critica/links/5](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Gaspar3/publication/320077187_Construindo_conhecimento_em_Enfermagem_a_Pessoa_em_Situacao_Critica/links/5)

9d78177aca27213dfa520a5/Construindo-conhecimento-em-Enfermagem-a-Pessoa-em-Situacao-Critica.pdf.

- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., ... Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da Enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49, 153-171. Retrieved from <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>.
- Santos, M. L. V. A. (2012). Abordagem Sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho do Profissional do Enfermeiro (Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa). Retrieved from [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd\\_re1182\\_td.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf).
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23.
- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Relatório mensal do projeto*. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*, (16). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9208>
- Silva, J. B. P., Almeida, F. E., & Figueiredo, C. S. (2010). Enxurradas e inundações na Madeira. *Diário de Notícias*. Retrieved from <https://geomuseu.ist.utl.pt/MINGEO2010/Documentacao%20Complementar/Madeira%20DN.pdf>.
- Skinner, D. V., & Driscoll, P. A. (2013). *ABC of major trauma*. United Kingdom: Wiley – Blackwell.
- Soares, E. (2013). Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: vivenciar uma transição (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Retrieved from: [https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=610436](https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=610436).

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: CELOM.
- Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2016). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31, 64-71, doi: 10.1016/j.ienj.2016.10.003.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical care nursing* (7th ed.). Canada: Elsevier.
- Veenema, T. G. (2018). *Disaster nursing and emergency Preparedness for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards* (2nd ed). New York: Springer Publishing Company.
- Venes, M. (Coord.). [2018]. *Stop infeção hospitalar!: Um desafio Gulkenkian*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retrieved from [http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/532/desafio\\_infeco.es.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/532/desafio_infeco.es.pdf).
- Vincent, J. (2013) Critical care: Where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(Suppl 1), 1-6, doi: 10.1186/cc11500.
- Vincent, J. (2013). Critical care: Where have we been and where are we going? *Critic Care*, 17(Suppl 1), 1-6, doi:10.1186/cc11500.
- World Health Organization. (2008). *Glossary of humanitarian terms*. Retrieved from <http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>.
- World Health Organization. (2013). *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*. Retrieved from [https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/fmt\\_guidelines\\_september2013.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1).
- World Health Organization. (2015). *Public health for mass gatherings: Key considerations*. France: World Health Organization. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162109/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2015.5\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162109/WHO_HSE_GCR_2015.5_eng.pdf?sequence=1).

- World Health Organization (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on Core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018*. Retrieved from [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en)
- Worrall, J. (2012). Are Emergency Care Staff Prepared for Disaster? *Emergency Nurse*, 19 (9), 31-37, doi: 10.7748/en2012.02.19.9.31.c8943.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- World Health Organization & International Council of Nursing. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Retrieved from [www.wpro.who.int/hrh/documents/icn\\_framework.pdf](http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf).
- Xavier, L. L. (Coord.). (2015). *Stop infeção hospitalar: Um desafio Gulbenkian*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retrieved from [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infe%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG\\_sem-miras.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infe%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf).